

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ  
ХАНТЫ – МАНСИЙСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА  
ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа - Югры  
«СУРГУТСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»

---

## Информирование о критической истмико - цервикальной недостаточности

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г., " \_\_\_\_\_ " часов " \_\_\_\_\_ " минут

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии со статьями 20, 22, 52 Федерального закона от 21 ноября 2011г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

**Истмико- цервикальная недостаточность (ИЦН)** - несостоятельность, некомпетентность шейки матки, укорочение шейки матки, расширение внутреннего зева, приводящие к разрыву плодного пузыря и потере беременности.

Я, \_\_\_\_\_

(ФИО пациентки, полностью)

**информирована о сроке моей беременности и том, что мне диагностирована критическая ИЦН, которая не подлежит коррекции ни хирургическим методом, ни акушерским пессарием, а так же мне разъяснено о возможных осложнениях течения моей беременности:**

- разрыв плодного пузыря и самопроизвольное прерывание беременности до 21 недели 6 дней гестации, преждевременные роды с 22 недель до 36 нед.6 дн. гестации, возможно рождение глубоко недоношенного ребенка весом тела 500-999г.;
- восходящее инфицирование плодных оболочек, матки и плода (хориоамнионит, сепсис, внутриутробное инфицирование плода (внутриутробная пневмония, сепсис), послеродовый эндометрит и др.);

С планом предстоящего лечения ознакомлена и не буду возражать против участия в моем лечении специалистов бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр».

Своей подписью подтверждаю, что мною получена вся интересующая информация в доступной для меня форме и имелась возможность обсудить все интересующие меня вопросы с врачом.

В данный момент нахожусь в здравом уме и при полной памяти.

В случае самовольного ухода из отделения всю ответственность беру на себя.

Пациентка: \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_ г.

Подпись

Фамилия (полностью), И.О. дата

Врач: \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_ г

