

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА
ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

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

**Информированное добровольное согласие на хирургическое прерывание беременности
в сроке до 12 недель беременности**

«___» _____ 20___ г., «___» часов «___» минут

Настоящее добровольное согласие составлено в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Приложение к _____ № _____
(наименование и номер медицинской документации)

Я, _____
(Ф.И.О. пациентки - полностью)

19___ года рождения, проживающая (ий) по адресу: _____
_____ поставлена (поставлен) в известность, что я (представляемый)
госпитализирована (госпитализирован) в _____
(вписать наименование отделения)

бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский
клинический перинатальный центр».

данный раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет, или недееспособных граждан

Я, _____
(фамилия, имя, отчество – полностью)

паспорт: _____
(серия, номер паспорта)

выдан: _____
(наименование учреждения, выдавшего паспорт)

(дата выдачи паспорта)

являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка
или лица, признанного недееспособным: _____

(Ф.И.О. ребенка или недееспособного гражданина – полностью, год рождения)

Я информирована (информирован) врачом о сроке моей (представляемого)
беременности - _____ недель.
(вписать прописью количество недель)

Мне (представляемому) планируется проведение искусственного хирургического
прерывания беременности, то есть хирургической операции с разрушением и удалением
плодного яйца (эмбриона человека), которая проводится под обезболиванием.

1. Я информирована (информирован) врачом о нижеследующем:

- об отсутствии у меня противопоказаний к вынашиванию данной беременности и
рождению ребенка;

- о смысле планируемой хирургической операции и обезболивания;

- о том, что медицинская помощь при планируемой хирургической операции (включая
обезболивание) входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам

Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;

- о том, что при условии строжайшего соблюдения соответствующих норм и правил проведения операции нет 100-процентной гарантии предотвращения возможных осложнений при проведении самой операции и в послеоперационном периоде;

- о возможности и целесообразности использования в дальнейшем средств предупреждения нежелательной беременности – послеабортной контрацепции;

- о необходимости прохождения медицинского обследования для контроля за состоянием моего здоровья после операции в соответствии с назначением лечащего врача;

- о необходимости приема назначенных мне лекарственных препаратов в соответствии с предписанием лечащего врача;

- о режиме поведения, в том числе половой жизни, в послеоперационном периоде и возможных последствиях при его нарушении.

2. Мне (представляемому) даны разъяснения:

а) о действии назначаемых мне (представляемому) перед проведением и во время проведения хирургической операции следующих лекарственных препаратов:

и возможных осложнениях при их применении;

б) об основных этапах обезболивания;

в) о следующих возможных осложнениях и последствиях проведения операции:

- об осложнениях непосредственно в момент проведения операции:

- осложнения анестезиологического пособия;

- травма и прободение матки с возможным ранением внутренних органов и кровеносных сосудов; разрыв матки, кровотечение, что может потребовать расширения объема операции вплоть до чревосечения и удаления матки и др.;

- осложнениях в послеоперационном периоде:

- скопление крови в полости матки (гематометра);

- остатки плодного яйца в полости матки (неполный аборт),

- острый и/или подострый воспалительный процесс матки и/или придатков матки, вплоть до перитонита;

- эмболия;

- что потребует повторного оперативного вмешательства, не исключая удаления матки и др.;

- отдаленных последствиях и осложнениях:

- бесплодие;

- хронические воспалительные процессы матки и/или придатков матки;

- нарушение функции яичников;

- внематочная беременность;

- невынашивание последующих беременностей, связанные с истмико-цервикальной недостаточностью (несостоятельность шейки матки), при последующих беременностях, приводящую к самопроизвольному выкидышу;

- различные осложнения при вынашивании последующей беременности и в родах: преждевременные роды; различные осложнения родовой деятельности; кровотечение в родах и (или) послеродовом периоде;

- нервно-психические расстройства, постабортный синдром — стресс, депрессию, непроходящее чувство вины.

Я _____ свое согласие, на проведение хирургического

(даю, не даю – нужное вписать)

прерывания беременности в сроке до 12 недель беременности.

Я предупреждена (предупрежден) о побочных явлениях, включая: повышение температуры и озноб, тошноту и рвоту, головную боль, диарею, боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей, нарушение менструального цикла.

Я информирована (информирован) лечащим врачом о степени риска, связанного с объемом оперативного вмешательства, вплоть до смертельного исхода, а также я информирована (информирован) о статистике женской смертности - за период с 1985 по 2005 г.г. в результате проведенного аборта погибло 1453 женщины.

Я предупреждена (предупрежден) о режиме послеоперационного поведения и возможных последствиях при его нарушении, а также о возможных болевых ощущениях и методах обезболивания.

Я имела (имел) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила (получил) исчерпывающие ответы. Мне (представляемому) разъяснена также альтернатива проведения операции и возможность не прибегать к ней.

Мне (представляемому) было предоставлено достаточно времени для ознакомления с данным документом, обдумывания полученной информации и принятия решения.

Я прочитала (прочитал), и поняла (понял) все вышеизложенное и удовлетворена (удовлетворен) ответами на все мои (представляемого) вопросы и _____ (даю, не даю –
нужное вписать) добровольное согласие на прерывание беременности по медицинским показаниям.

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач

подпись

Ф.И.О., печать врача

Примечание:

Согласие на медицинское вмешательство в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители (родители, усыновители, опекуны или попечители) с указанием фамилии, имени, отчества, паспортных данных, родственных отношений после сообщения им сведений о результатах обследования, наличии заболевания, его диагнозе и прогнозе, методах лечения, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, их последствиях и результатах проведенного лечения.

При отсутствии законных представителей решение о необходимости лечения принимает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача и законных представителей.

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а необходимость проведения лечения неотложна, вопрос о медицинском вмешательстве в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум – непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением главного врача, а в выходные, праздничные дни, вечернее и ночное время – ответственного дежурного врача.

Дополнительная информация:

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписался в моем присутствии:

Врач

подпись

Ф.И.О., печать врача