

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

**Информированное добровольное согласие на прерывание беременности  
по медицинским показаниям в сроке более 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. пациента - полностью)

19 \_\_\_\_\_ года рождения, проживающая по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ поставлена в известность,  
что я госпитализирована в \_\_\_\_\_ бюджетного  
(вписать наименование отделения)

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 прерывание беременности по медицинским показаниям.

Мне (представляемому) было разъяснено, что прерывание беременности связано с введением мне (представляемому) лекарственных средств и проведением мне малоинвазивных хирургических вмешательств, направленных на удаление человеческого эмбриона из полости матки, возможно – путем его расчленения или проведения малого кесарева сечения (по медицинским показаниям).

Мне (представляемому) лично врачом акушером - гинекологом бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа - Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» были разъяснены цель и характер проводимых мне

(представляемому) вмешательств. Я предупреждена (предупрежден) о возможных негативных последствиях и осложнениях прерывания беременности в сроке более 12 недель, включая:

- 1) механическую травму матки и шейки матки;
- 2) разрыв матки;
- 3) кровотечение;
- 4) нарушение свертываемости крови;
- 5) оставление остатков частей эмбриона, последа,
- 6) наличие гематометры (скопление сгустков крови в полости матки);
- 7) воспалительные заболевания матки, придатков;
- 8) эмболия;
- 9) анафилактический шок на лекарственные препараты;

Я предупреждена (предупрежден) о том, что вышеуказанные осложнения могут повлечь расширение объема вмешательства – вплоть до удаления матки, в том числе без моего согласия (в случае нахождения меня (представляемого) под действием наркоза).

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, лактостаз (болезненное нагрубание молочных желез, связанное с образованием молока).

Я предупреждена (предупрежден) об отдаленных осложнениях прерывания беременности при сроке более 12 недель, включая:

- 1) хронические воспалительные процессы внутренних половых органов;
- 2) дисфункцию яичников с нарушением менструального цикла;
- 3) внематочную беременность;
- 4) бесплодие;
- 5) истмико-цервикальную недостаточность (несостоятельность шейки матки), при последующих беременностях, приводящую к самопроизвольному выкидышу;
- 6) аномалию родовой деятельности при последующих родах;
- 7) кровотечение при последующих родах;
- 8) постабортный синдром — стресс, депрессию, непроходящее чувство вины.

Я \_\_\_\_\_ (даю, не даю – нужное вписать) свое согласие, на проведение прерывания беременности по медицинским показаниям.

Я информирована (информирован) лечащим врачом о степени риска, связанного с прерыванием беременности в сроке более 12 недель, вплоть до смертельного исхода. А также информирована (информирован) о статистике женской смертности - за период с 1985 по 2005 г.г. в результате проведенных прерываний беременности погибло 1453 женщины.

Я предупреждена (предупрежден) о режиме поведения после прерывания беременности и возможных последствиях при его нарушении, а также при возможных болевых ощущениях.

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