

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА
ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

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

**Информированное добровольное согласие на проведение искусственного прерывания
беременности при сроке до 12 недель**

« ____ » _____ 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 учреждения

(вписать наименование отделения)

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)

Настоящим подтверждаю свое (представляемого) согласие на проведение мне (представляемому)
искусственного прерывания беременности, то есть хирургической операции с разрушением и
удалением плодного яйца (эмбриона человека), которая проводится под обезболиванием (далее –
операция).

1. Я предупрежден(а) о возможных негативных последствиях и осложнениях хирургического
аборта:

- механическая травма матки,
- разрыв матки, кровотечение,
- нарушение свертываемости крови,
- оставление остатков плодного яйца (неполный аборт),
- наличие гематометры (скопление сгустков крови в полости матки),
- воспалительные заболевания,
- эмболия,
- тромбоемболия легочной артерии,
- риск инфицирования гепатитами, ВИЧ-инфекцией и др.,
- возможные аллергические реакции на лекарственные препараты.

2. Я проинформирован(а) врачом о нижеследующем:

- о сроке моей беременности, об отсутствии у меня противопоказаний к вынашиванию данной
беременности и рождению ребенка;

- о смысле операции и обезболивания;
- о том, что медицинская помощь при 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;
- о необходимости прохождения медицинского обследования для контроля за состоянием моего здоровья после операции в соответствии с назначением лечащего врача;
- о режиме поведения, в том числе половой жизни, в послеоперационном периоде и возможных последствиях при его нарушении.

3. Мне (представляемому) даны разъяснения:

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

и возможных осложнениях при их применении;

б) об основных этапах обезболивания;

в) о следующих возможных осложнениях и последствиях проведения операции:

- осложнениях непосредственно в момент проведения операции: осложнения анестезиологического пособия; травма и прободение матки с возможным ранением внутренних органов и кровеносных сосудов; кровотечение, что может потребовать расширения объема операции вплоть до чревосечения и удаления матки и др.;

- осложнениях в послеоперационном периоде: скопление крови в полости матки; остатки плодного яйца в полости матки, острый и/или подострый воспалительный процесс матки и/или придатков матки, вплоть до перитонита, 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 беременности; 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 и др.

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

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением операции, я (представляемый) подтверждаю, что мне (представляемому) понятен смысл всех терминов, на меня (представляемого) не оказывалось давление, и я (представляемый) осознанно принимаю решение о проведении мне (представляемому) операции _____

(вписать наименование предстоящего оперативного вмешательства)

(фамилия, имя, отчество пациента, законного представителя – полностью)

дата

подпись пациента, законного представителя

Я свидетельствую, что разъяснил пациенту (законному представителю пациента) суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения операции, дал ответы на все вопросы.

Врач:

(фамилия, имя, отчество – полностью, печать врача)

(подпись)

(дата)