

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА
ТЮМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

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

**Информированное добровольное согласие на медикаментозное (фармакологическое,
безоперационное) прерывание 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 _____ 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 согласие на проведение мне медикаментозного прерывания
беременности с помощью лекарственных препаратов «Миролют» 400 мкг и «Мифепристон» 600 мг.

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

Мне (представляемому) планируется медикаментозное прерывание беременности с помощью
лекарственных препаратов «Миролют» 400 мкг и «Мифепристон» 600 мг.

Мне (представляемому) было разъяснено, что медикаментозное прерывание беременности —
это изгнание эмбриона из полости матки под воздействием фармакологических препаратов на
ранних стадиях развития эмбриона (4 - 5 недель).

Мне (представляемому) лично врачом были разъяснены цель и этапы медикаментозного
прерывания беременности:

- принятие 3х таблеток «Мифепристон» по 200 мг обязательно должно сопровождаться спустя 36 - 48 часов назначением сокращающего матку препарата «Миролют» - 2 таблетки по 200 мкг под контролем врача или медсестры в условиях медицинского учреждения;

- контрольное посещение врача через 10 - 14 дней после принятия препарата «Мифепристон» обязательно для проведения ультразвукового скрининга, гинекологического осмотра.

Я полностью предупреждена (предупрежден) о побочных действиях медикаментозного прерывания беременности, включая:

- кровотечение,
 - повышение температуры и озноб,
 - тошноту и рвоту,
 - головную боль,
 - диарею,
 - боли внизу живота.
- при передозировке препарата может наблюдаться надпочечниковая недостаточность.

Я информирована (предупрежден), знаю и понимаю, что метод медикаментозного прерывания беременности не дает 100-процентной гарантии, и в случае неудачи - отсутствия изгнания эмбриона из полости матки, беременность будет прервана путем хирургического прерывания беременности.

Я информирована (информирован) лечащим врачом о степени риска, связанного с медикаментозным прерыванием беременности, вплоть до смертельного исхода, а также информирована (информирован) о статистике женской смертности. С момента начала продаж вышеуказанных препаратов, женщины погибали от тяжелых инфекций, развившихся в результате приема препарата.

В результате хирургического прерывания беременности за период с 1985 по 2005 г.г. погибло 1453 женщины.

Я предупреждена (предупрежден) о противопоказаниях для приема препаратов, включая:

- подозрение на внематочную беременность,
- острые воспалительные заболевания органов малого таза,
- заболевания надпочечников,
- прием гормональных препаратов.

Мне (представляемому) было предоставлено достаточно времени для детального 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 добровольное согласие на прерывание беременности с помощью препаратов «Миролют» 400 мкг и «Мифепристон» 600 мг.

дата

подпись пациента, законного представителя

Расписалась (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

Приложение 1 к информированному добровольному согласию

Протокол медикаментозного прерывания беременности

(Ф.И.О. пациентки - полностью)

3 таблетки препарата «Мифепристон» по 200 мг приняла

№ _____ серия _____ препарата «Мифепристон»

2 таблетки препарата «Миролют» по 200 мкг приняла

№ _____ серия _____ препарата «Миролют»

(дата)

(подпись, печать врача)

(Ф.И.О. пациентки- полностью)

В моем присутствии пациентка

(Ф.И.О. пациентки - полностью)

Приняла 3 таблетки по 200 мг препарата «Мифепристон»

(дата)

(подпись, печать врача)

Приняла 2 таблетки по 200 мкг препарата «Миролют»

(дата)

(подпись, печать врача)