

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ  
ХАНТЫ – МАНСКИЙ АВТОНОМНЫЙ ОКРУГ – ЮГРА  
ТОМЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ

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

## Информированное добровольное согласие на внутриматочное введение лекарственных средств

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 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»

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО пациентки, полностью)

информирована врачом о необходимости \_\_\_\_\_  
(вписать наименование процедуры, манипуляции)

Мне планируется внутриматочное введение лекарственных препаратов без применением местного пара-интрацервикального обезболивания.

Мне лично врачом были разъяснены цель и характер манипуляции.

Я предупреждена о возможных негативных последствиях и осложнениях данной процедуры:

- механическая травма матки и шейки матки
- кровянистые выделения
- воспалительные заболевания.

Я предупреждена о побочных действиях, включая: повышение температуры и озноб, тошноту и рвоту, головную боль, диарею, боли внизу живота.

В случае возникновения осложнений, угрожающих моей жизни, я \_\_\_\_\_  
(согласна/не согласна, нужное вписать)

на расширение объема операции и не возражаю против дальнейшего участия в моей операции специалистов бюджетного учреждения Ханты-Мансийского автономного округа- Югры «Сургутский клинический перинатальный центр» и привлеченных специалистов.

С планом предстоящей манипуляции ознакомлена и своей подписью подтверждаю, что мною получена вся интересующая информация в доступной мне форме. В данный момент нахожусь в здравом уме и при полной памяти.

Я, \_\_\_\_\_  
(вписать – согласна (согласен) или не согласна (не согласен))

на \_\_\_\_\_  
(вписать наименование процедуры, манипуляции)

дата

подпись пациента

Расписалась (расписался) в моем присутствии:

Врач

подпись

Ф.И.О., печать врача