Информированное добровольное согласие

 на проведение искусственного прерывания беременности

 по желанию женщины

 Я, нижеподписавшаяся, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

\_\_\_\_ года рождения в соответствии со [статьями 20](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=RZB&n=454998&dst=100252) и [56](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=RZB&n=454998&dst=100564) Федерального закона

от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в

Российской Федерации" настоящим подтверждаю свое согласие на проведение мне

искусственного прерывания беременности (нужное подчеркнуть):

 медикаментозным методом;

 путем хирургической операции с разрушением и удалением плодного яйца

(эмбриона человека), которая проводится под обезболиванием.

 1. Перед направлением на искусственное прерывание беременности мне

предоставлено время для обдумывания и принятия окончательного решения в

течение (нужное подчеркнуть):

 48 часов;

 7 дней [<1>](file:///P%3A%5C%D0%9B%D0%B0%D0%BB%D0%B5%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0%5C%D0%A1%D0%90%D0%99%D0%A2%20%D0%91%D0%B0%D0%BB%D0%B0%D1%85%D1%82%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B9%20%D0%A0%D0%91%5C%D0%91%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C%2C%20%D1%80%D0%BE%D0%B4%D1%8B%2C%20%D0%BC%D0%B5%D0%B4.%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D1%80%D1%82%5C6.%20%D0%9F%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%B7%20%D0%9C%D0%97%20%D0%A0%D0%A4%20%E2%84%96%20216%D0%BD%20%D0%94%D0%BE%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D0%B5%20%D1%81%D0%BE%D0%B3%D0%BB%D0%B0%D1%81%D0%B8%D0%B5%20%D0%BD%D0%B0%20%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D1%80%D1%82.docx#P131).

 В течение указанного периода:

 я проинформирована о сроке моей беременности, об отсутствии у меня

медицинских противопоказаний к вынашиванию данной беременности и рождению

ребенка;

 мне проведено/не проведено (нужное подчеркнуть) ультразвуковое

исследование (далее - УЗИ) органов малого таза, в процессе которого

продемонстрировано изображение эмбриона и его сердцебиение (при наличии

сердцебиения) [<2>](file:///P%3A%5C%D0%9B%D0%B0%D0%BB%D0%B5%D1%82%D0%B8%D0%BD%D0%B0%5C%D0%A1%D0%90%D0%99%D0%A2%20%D0%91%D0%B0%D0%BB%D0%B0%D1%85%D1%82%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B9%20%D0%A0%D0%91%5C%D0%91%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C%2C%20%D1%80%D0%BE%D0%B4%D1%8B%2C%20%D0%BC%D0%B5%D0%B4.%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D1%80%D1%82%5C6.%20%D0%9F%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B0%D0%B7%20%D0%9C%D0%97%20%D0%A0%D0%A4%20%E2%84%96%20216%D0%BD%20%D0%94%D0%BE%D0%B1%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%BE%D0%B5%20%D1%81%D0%BE%D0%B3%D0%BB%D0%B0%D1%81%D0%B8%D0%B5%20%D0%BD%D0%B0%20%D0%B0%D0%B1%D0%BE%D1%80%D1%82.docx#P132): "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. (указать дату проведения согласно

отметке в медицинской документации или дату отказа от медицинского

вмешательства, оформленного в установленном порядке);

 я проконсультирована психологом (медицинским психологом, специалистом

по социальной работе) по вопросам психологической и социальной поддержки.

 2. Я проинформирована врачом-акушером-гинекологом:

 о том, что имею право не делать искусственное прерывание беременности и

не прерывать беременность;

 о том, что при условии строжайшего соблюдения правил проведения

искусственного прерывания беременности могут возникнуть следующие

осложнения:

 после проведения искусственного прерывания беременности, в том числе в

качестве отдаленных последствий:

 бесплодие;

 хронические воспалительные процессы матки и (или) придатков матки;

нарушение функции яичников; тазовые боли; 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; психические расстройства; опухолевые процессы матки;

 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 придатков матки и матки;

 во время проведения искусственного прерывания беременности:

 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, хирургического вмешательства на

внутренних органах.

 3. Мне даны разъяснения врачом-акушером-гинекологом о:

 механизме действия назначаемых мне перед проведением и во время

проведения искусственного прерывания беременности лекарственных препаратов

для медицинского применения и возможных осложнениях при их применении;

 основных этапах обезболивания;

 необходимости прохождения медицинского обследования для контроля за

состоянием моего здоровья после проведения искусственного прерывания

беременности;

 необходимости приема лекарственных препаратов для медицинского

применения в соответствии с назначениями лечащего врача;

 режиме поведения, в том числе половой жизни, гигиенических мероприятиях

после проведения искусственного прерывания беременности и возможных

последствиях в случае несоблюдения рекомендаций;

 методах предупреждения нежелательной беременности;

 сроках контрольного осмотра врачом-акушером-гинекологом.

 4. Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила

исчерпывающие ответы. Мне разъяснены возможность не прибегать к

искусственному прерыванию беременности и предпочтительность сохранения и

вынашивания беременности и рождения ребенка.

 5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

 Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в

связи с проведением искусственного прерывания беременности, я подтверждаю,

что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление и я

осознанно принимаю решение о проведении мне искусственного прерывания

беременности.

 Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество) (подпись)

 Дата "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 6. Я свидетельствую, что разъяснил пациентке суть, ход выполнения,

негативные последствия проведения искусственного прерывания беременности,

возможность не прибегать к нему и предпочтительность вынашивания

беременности и рождения ребенка, дал ответы на все вопросы.

 7. Подтверждаю, что рекомендовал пациентке проведение УЗИ органов

малого таза для демонстрации изображения эмбриона и его сердцебиения (при

наличии сердцебиения).

 Врач-акушер-гинеколог \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (имя, отчество, фамилия) (подпись)

 Дата "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

--------------------------------

<1> [Часть 3 статьи 56](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=RZB&n=454998&dst=100567) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

<2> [Пункт 106](https://login.consultant.ru/link/?req=doc&base=RZB&n=358717&dst=224) Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)", утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. N 572н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 2 апреля 2013 г., регистрационный N 27960), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17 января 2014 г. N 25н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 19 марта 2014 г., регистрационный N 31644), от 11 июня 2015 г. N 333н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 10 июля 2015 г., регистрационный N 37983) и от 12 января 2016 г. N 5н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 10 февраля 2016 г., регистрационный N 41053).