

**Информированное добровольное согласие
на медицинское вмешательство по проведению искусственного
прерывания беременности**

1. Я _____ (фамилия, _____ имя, _____ отчество _____ (при _____ наличии), _____, " _____ " _____ года рождения в соответствии со статьями 20 и 56 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 (лицу, законным представителем которого я являюсь) _____, " _____ " _____ года рождения (ненужное зачеркнуть), искусственного прерывания беременности (нужное подчеркнуть): _____, _____ медикаментозным методом, вызывающим гибель и последующее изгнание из полости матки эмбриона (плода); _____, _____ хирургическим методом, предполагающим проведение хирургической операции с разрушением и удалением из полости матки эмбриона (плода).

2. Перед направлением на искусственное прерывание беременности мне (мне и лицу, законным представителем которого я являюсь) (ненужное зачеркнуть) предоставлено время для обдумывания и принятия окончательного решения в течение (нужное подчеркнуть): 48 часов (7 дней) <1>.

В течение указанного периода:

я (я и лицо, законным представителем которого я являюсь) (ненужное зачеркнуть) проинформирована (проинформированы) о сроке моей беременности (беременности лица, законным представителем которого я являюсь) (ненужное зачеркнуть), об отсутствии у меня (лица, законным представителем которого я являюсь) (ненужное зачеркнуть) медицинских противопоказаний к вынашиванию данной беременности и рождению ребенка; _____, _____ мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) (ненужное зачеркнуть) проведено (не проведено) (нужное подчеркнуть) ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) органов малого таза, в процессе которого продемонстрировано изображение плодного яйца (эмбриона, плода) и сердцебиение эмбриона (плода) (при наличии): " _____ " _____ 20 _____ г. (указать дату проведения согласно отметке в медицинской документации или дату отказа от медицинского вмешательства); _____, _____ я (я и лицо, законным представителем которого я являюсь) (ненужное зачеркнуть) проконсультирована (проконсультированы) или не проконсультирована (не проконсультированы) (в связи с отказом от консультирования) (нужное подчеркнуть) медицинским психологом (психологом, специалистом по социальной работе) на основе информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство в кабинете медико-социальной помощи женской консультации (центре медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации) либо медицинским работником с высшим или средним медицинским образованием, прошедшим повышение квалификации по психологическому доабортному консультированию (при отсутствии указанных кабинета и центра), по вопросам психологической и социальной поддержки; _____, _____ проведены иные мероприятия (указать): _____

3. Я (я и лицо, законным представителем которого я являюсь) (ненужное зачеркнуть) проинформирована (проинформированы) врачом-акушером-гинекологом: _____, _____ о том, что я имею (лицу, законным представителем которого я являюсь, имеет) (ненужное зачеркнуть) право не делать искусственное прерывание беременности;

о том, что при условии 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; аденомиоз; сердечно-сосудистые заболевания; рак молочной железы;

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;

при выполнении искусственного прерывания беременности медикаментозным методом могут возникнуть осложнения, при развитии которых необходимо завершить искусственное прерывание беременности хирургическим методом: остатки плодного яйца, прогрессирующая беременность, кровотечение;

об иных аспектах проведения искусственного прерывания беременности (указать): _____

4. Мне (мне и лицу, законным представителем которого я являюсь) (ненужное зачеркнуть) даны разъяснения врачом-акушером-гинекологом о:

механизме действия назначаемых мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) (ненужное зачеркнуть) 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 (здоровья лица, законным представителем которого я являюсь) (ненужное зачеркнуть) после проведения искусственного прерывания беременности;

необходимости приема лекарственных препаратов для медицинского применения строго 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 после искусственного прерывания беременности;

иных мероприятиях по сохранению здоровья (указать): _____

5. Я (я и лицо, законным представителем которого я являюсь) (ненужное зачеркнуть) имела (имели) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила (получили) исчерпывающие ответы. Мне (мне и лицу, законным представителем которого я являюсь) (ненужное зачеркнуть) разъяснены возможность не прибегать к искусственному прерыванию беременности и предпочтительность сохранения и вынашивания беременности и рождения ребенка.

6. Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением искусственного прерывания беременности, я подтверждаю, что мне (мне и лицу, законным представителем которого я являюсь) (ненужное зачеркнуть) понятен смысл всех терминов, на меня (меня и лицо, законным представителем которого я являюсь) (ненужное

зачеркнуть) не оказывалось давление и я осознанно принимаю решение о проведении мне (лицу, законным представителем которого я являюсь) (ненужное зачеркнуть) искусственного прерывания беременности.

7. Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" может быть передана информация о состоянии моего здоровья (состоянии здоровья лица, законным представителем которого я являюсь) (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, номер телефона)

(подпись) _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина
или законного представителя гражданина)

8. Я свидетельствую, что разъяснил 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.

9. Подтверждаю, что рекомендовал проведение УЗИ органов малого таза для демонстрации изображения плодного яйца (эмбриона, плода) и сердцебиения эмбриона (плода) (при наличии) и иных мероприятий (указать):

(подпись) _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) врача-акушера-гинеколога)

" " _____ 20 ____ г.
(дата оформления)