

**- Информированное согласие пациента  
на прерывание беременности**

Я, \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.р.  
подтверждаю, что приняла решение о прерывании беременности (аборт)

Я предупреждена, что не должна прибегать к аборту, если не уверена, что хочу превратить беременность. Я знаю, что прерывание беременности может осуществляться как медикаментозным методом, так и хирургическим и комбинированным методом. Я согласна прервать беременность медикаментозным методом с помощью препарата мифепристон и михопростол.

Я проинформирована врачом о нижеследующем:

- о сроке моей беременности, об отсутствии у меня противопоказаний к вынашиванию данной беременности и рождению ребенка;
- о сути метода прерывания беременности;
- о том, что в процессе аборта могут отмечаться побочные эффекты: тошнота, рвота, диарея, боли внизу живота, но все эти эффекты временные.
- аборт сопровождается кровянистыми выделениями из половых путей, которые могут быть сильнее, чем во время обычной менструации.
- о необходимости прохождения медицинского обследования для контроля за состоянием моего здоровья в течении времени, пока аборт не завершится, в соответствии с назначением лечащего врача.

Мне даны разъяснения:

о том, что при условии строжайшего соблюдения правил в 2-5% случаев медикаментозное прерывание беременности может быть неэффективным (остатки плодного яйца, прогрессирующая беременность, кровотечение), и в этой ситуации необходимо завершить аборт хирургическим путём.

- о возможной необходимости приема дополнительных лекарственных препаратов в соответствии с предписанием моего лечащего врача;
- о режиме поведения, в том числе половой жизни, в послеабортном периоде и возможных последствиях при его нарушении.
- о возможности и целесообразности использования в дальнейшем средств предупреждения нежелательной беременности.

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО  
печатными буквами), хочу прервать беременность медикаментозным способом. Я прочитала и понимаю все, о чем говорится в данном информационном согласии. На все свои вопросы я получила ответы. Я знаю, куда я могу обратиться в случае, если мне понадобится неотложная медицинская помощь.

Пациент: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество)

(подпись)

6. Я свидетельствую, что разъяснил пациентке суть, ход выполнения, риск выполнения, риск и альтернативу проведения медикаментозного аборта, дал ответы на все вопросы.

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