Форма. Информированное добровольное согласие на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины

Приложение  
к приказу  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 7 апреля 2016 года N 216н

Форма

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Я, нижеподписавшаяся, |  | , |

\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения в соответствии со статьями 20 и 56 Федерального закона от 21 ноября 2011 года 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.  
  
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): "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_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. | | |  | |  | |