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 (лицо, 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)