

**Информированное добровольное согласие на проведение искусственного прерывания беременности  
медикаментозным методом**

Я, пациент, \_\_\_\_\_,  
дата рождения \_\_\_\_\_, карта пациента № \_\_\_\_\_ настоящим подтверждаю свое согласие на проведение мне искусственного прерывания беременности медикаментозным методом, то есть изгнание плодного яйца (эмбриона) из полости матки под воздействием фармакологического препарата на ранних стадиях развития эмбриона (до  недель), в Обществе с ограниченной ответственностью «Европейский медицинский центр «УГМК-Здоровье» (далее – «Медицинский центр») при этом мне разъяснена и мною осознана следующая информация:

1. Я, получила от врачей Медицинского центра полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи в других лечебных учреждениях, даю свое согласие на оказание мне платных медицинских услуг в Медицинском центре и готова их оплатить.

2. Я проинформирована врачом и мной осознана информация о сроке моей беременности, об отсутствии у меня противопоказаний к вынашиванию данной беременности и рождению ребенка.

3. Мне разъяснено врачом и я осознала, что прерывание беременности может осуществляться как медикаментозным, так и хирургическим методом.

4. Я согласна прервать мою беременность медикаментозным методом путем приема препарата **Мифепристон**.

5. Я проинформирована врачом и мной осознана информация о методике и этапах медикаментозного прерывания беременности, о прерывании беременности:

- в присутствии врача Медицинского центра происходит прием 1 таблетки препарата Мифепристон.

- спустя 36-48 часов после приема Мифепристона мне необходимо самостоятельно принять сокращающий матку препарат простагладин /мизопропростол/ в указанной врачом дозе.

- контрольное посещение врача через 10-14 дней после принятия Мифепристона необходимо обязательно.

- в случае возникновения осложнений необходимо обратиться к врачу незамедлительно.

6. Мне разъяснено врачом и я осознала, что метод медикаментозного прерывания беременности не дает 100% гарантии, а также может сопровождаться возможными осложнениями (прогрессирование беременности в 1-1,5%, неполный выкидыш в 1,3-4,6%, обильное маточное кровотечение в 0-1,4%) и что во всех вышеуказанных случаях может потребоваться хирургическое вмешательство.

7. Мне разъяснено врачом и я осознала, что если в случае неудачного исхода медикаментозного прерывания беременности приму решение сохранить беременность, невозможно полностью исключить риск для здоровья будущего ребенка.

8. Я подтверждаю, что врач вручил мне информационный листок с указанием порядка приема препаратов, последствий их приема, возможных побочных эффектов, осложнений, противопоказаний, рекомендаций, с которым я ознакомилась. Смысл процедуры медикаментозного прерывания беременности мне понятен и я не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу.

Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы. Мне разъяснено и я осознала, что не должна прибегать к данному методу, если не уверена, что хочу прервать беременность.

Решение о проведении мне медикаментозного прерывания беременности принято мной добровольно, без навязывания мне чьей-либо воли.

Пациент \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество) (подпись) (дата)

3 таблетки Мифепристона в моем присутствии пациент \_\_\_\_\_ приняла

Врач: \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество) (подпись)