

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРОВЕДЕНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ СПОСОБОМ

Я, _____

нижеподписавшаяся, подтверждаю, что приняла решение о прерывании беременности медикаментозным способом.

Я предупреждена, что не должна прибегать к подобному методу, если не уверена, что хочу прервать беременность.

Я предупреждена, что в 2-4 % случаев прерывание беременности может не произойти, или процедура заканчивается неполным абортom. В этих случаях я согласна прервать беременность инструментальным способом (вакуум-аспирацией). Я также предупреждена, что, если я решу сохранить беременность после приема препаратов для ее прерывания, то возможно рождение больного ребенка, и всю ответственность принимаю на себя.

Я информирована врачом, что прерывание беременности может осуществляться как медикаментозным, так и хирургическим методами. Я самостоятельно выбрала прерывание беременности с помощью препаратов Мифепристон и Мизопростол, как наиболее безопасный способ.

Я подтверждаю, что ознакомилась с методикой процедуры медикаментозного прерывания беременности, противопоказаниями и побочными эффектами при ее проведении, а также с инструкцией на препараты Мифепристон и Мизопростол.

Я поняла, что:

- медикаментозный аборт может быть выполнен при сроках беременности до 6 недель (42 дня аменореи считая от первого дня последней менструации) согласно инструкции или до 9 недель (63 дня аменореи) согласно рекомендациям ВОЗ;

- Мифепристон принимается согласно инструкции к препарату, утвержденной Минздравсоцразвития РФ, в дозе 200 мг в присутствии врача;

- через 1-2 суток принимается Мизопростол для полного завершения аборта в лечебном учреждении или на дому по моему желанию; при отсутствии эффекта возможен повторный прием простагландина в той же дозировке.

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

- во время контрольного визита к врачу обычно выполняется ультразвуковое исследование для установления факта прерывания беременности; однако выполнение УЗИ ранее 10-14 дня и обнаружение детрита (кровь, фрагменты тканей) в полости матки может явиться причиной диагностики «неполного аборта» и неоправданного внутриматочного вмешательства; количество выполненных УЗИ после приема таблеток не влияет на эффективность прерывания беременности и даже является фактором риска «неудачного» аборта вследствие его гипердиагностики. Для подтверждения факта прерывания беременности на контрольном приеме УЗИ может быть заменено на определение β -ХГЧ в крови, уровень которого ниже 1 000 мЕ/л через 2 недели после приема таблеток свидетельствует о полном прерывании беременности. Врач также предупредил меня о том, что тест на беременность не может использоваться для контроля прерывания беременности, так как он остается положительным вплоть до следующего менструального цикла.

Врач предупредил меня, что выполнение медикаментозного аборта в сроке до 9 недель, использование 200 мг Мифепристона (1 таблетка) и прием Мизопростола является современной, рекомендованной Всемирной Организацией Здравоохранения схемой медикаментозного аборта, эффективность которой достигает 98 %, доказана многими международными исследованиями и является настолько же эффективной, как и принятая ранее в России схема с использованием 600 мг мифепристона в сроке до 6 недель и Мизопростола в присутствии врача с последующим наблюдением в течение 4-6 часов, рекомендованная Министерством здравоохранения и

социального развития Российской Федерации (Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1056 с. Рекомендовано Минздравсоцразвития для врачей женских консультаций).

Мне даны разъяснения о:

- действию назначаемых мне препаратов для медикаментозного аборта, а также тех препаратов, которые я могу принять для профилактики рвоты, спазмов и болей при изгнании плодного яйца из матки, уменьшения объема кровопотери;

- основных этапах медикаментозного аборта;

- следующих возможных осложнениях: аллергической реакции на препараты, патологической кровопотере, неполном аборте (задержке плодного яйца в полости матки) и продолжающейся беременности. Врач предупредил меня, что не может быть 100 % - ой гарантии предотвращения возможных осложнений, но их частота невелика и составляет суммарно не более 5 %.

Во всех случаях возникновения тех или иных осложнений, связанных с проведением медикаментозного аборта я должна обратиться к своему врачу и следовать его рекомендациям. В случае моего обращения в другое лечебное учреждение я подтверждаю своей подписью, что не имею никаких претензий к врачу и лечебному учреждению, куда я первоначально обратилась за медикаментозным абортом.

Контактные телефоны врача, а также телефоны для обращения в случае возникновения неотложной ситуации мне предоставлены.

Я информирована врачом также о режиме поведения, в том числе половой жизни, и возможных последствиях при его нарушении, необходимости приема назначаемых мне лекарственных препаратов в соответствии с предписанием лечащего врача, о возможности и целесообразности использования в дальнейшем средств предупреждения нежелательной беременности.

Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением медикаментозного аборта, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о проведении мне процедуры медикаментозного аборта с использованием препаратов Мифепристон в дозе 200 мг (1 таблетка) и Мизопростол в дозе 400 мг (2 таблетки) внутрь / под язык (нужное подчеркнуть) в лечебном учреждении / на дому (нужное подчеркнуть) с последующим контролем через 10-14 дней, для чего я должна явиться к врачу для осмотра.

Пациент

(Ф.И.О.) _____

Подпись _____

Дата _____

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

Врач

(Ф.И.О.) _____

Подпись _____

Дата _____

Протокол медикаментозного прерывания беременности

Дата	Препарат	Доза, принятая пациенткой	№ и серия упаковки	Подпись пациентки	Подпись врача
	Мифепристон				
	Мизопростол				