

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА

Я, нижеподписавшаяся, подтверждаю, что приняла решение о прерывании беременности (аборт).

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

Я знаю, что прерывание беременности может осуществляться как медикаментозным, так и хирургическим методом.

Я согласна прервать беременность медикаментозным методом с помощью препаратов Миропристон® и Миролюот®.

Я предупреждена, что в процессе медикаментозного аборта могут отмечаться побочные эффекты: тошнота, рвота, диарея, боли внизу живота, но все эти эффекты временны.

Я понимаю, что медикаментозный аборт сопровождается кровяными выделениями из половых путей, которые могут быть более сильными, чем во время обычной менструации.

Я знаю, что в 2-5% случаев медикаментозное прерывание беременности может быть неэффективным (остатки плодного яйца, прогрессирующая беременность, кровотечение), и в этой ситуации необходимо завершить аборт хирургическим путем.

Я знаю, что если я приму решение сохранить беременность в случае её прогрессирования после фармаборта, то существует риск для здоровья будущего ребенка.

Я поняла, что метод медикаментозного способа прерывания беременности включает:

- прием 3-х таблеток Миропристона®, который обязательно должен сопровождаться спустя 36-48 часов назначением сокращающего матку препарата – Миролюот® (простагландин) под контролем врача или медсестры, и это будет осуществлено в медицинском центре.
- контрольное посещение врача через 10-14 дней после принятия Мифепристона® для оценки эффективности процедуры **требуется обязательно.**

Я прочитала и понимаю всё, о чем говорится в данном информационном согласии. На все свои вопросы я получила ответы. Я знаю, к какому врачу я могу обратиться в случае, если мне понадобится неотложная помощь.

Ф.И.О. (полностью). Подпись _____

Дата _____

Протокол медикаментозного прерывания беременности	
Пациентка (Ф.И.О.)	
Приняла Миропристон® 200 мг 3 таблетки	
№ серии препарата	
Дата:	Подпись пациентки:
	Подпись врача:
Приняла Миропристон® 200 мг 3 таблетки	
№ серии препарата	
Дата:	Подпись пациентки:
	Подпись врача: