

**Информированное добровольное согласие  
на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины**

1.

Я, \_\_\_\_\_

«\_\_»\_\_\_\_ года рождения в соответствии с требованиями статьи 20 и 56 Федерального закона от 21 ноября 2011г. № 323 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» настоящим подтверждаю свое согласие на проведение мне 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

2. 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 плодного яйца (эмбриона, плода) и сердцебиение эмбриона (при наличии)

«\_\_»\_\_\_\_ 202\_\_г. (дата проведения, согласно отметке в медицинской документации или дата отказа от медицинского вмешательства);

я проконсультирована или не проконсультирована (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 проинформирована врачом-гинекологом:

о том, что имею 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 (независимо от характера мазка, взятого перед операцией); 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 удаление матки и придатков 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 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 за состоянием моего здоровья 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 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.

6. 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.

7. Сведения о выбранном мною лице, которому в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья, в том числе после смерти: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(ФИО полностью) (подпись)

8. 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.

9. Подтверждаю, что рекомендовал пациентке проведение УЗИ органов малого таза для демонстрации изображения плодного яйца (эмбриона, плода) и сердцебиения эмбриона (плода) и иных мероприятий (указать): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Врач акушер-гинеколог  
/\_\_\_\_\_/

\_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО полностью)

Дата «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.