马萨诸塞州公共卫生部

药物堕胎同意书

机构名称

患者姓名（请以正楷书写）	患者 I.D. 号（仅供办公室使用）

马萨诸塞州法律要求您签署由马萨诸塞公共卫生部（MDPH）编制的知情同意书。

我在下方签名，即表明我已阅读、理解并同意以下声明：

- 我同意药物堕胎，这将终止我的妊娠。
- 我理解，我将服用两种药物：米非司酮和米索前列醇。米非司酮和米索前列醇将终止妊娠并清宫。药物会引起强烈的痉挛和出血。
- 药物堕胎产的预期副作用包括痉挛、发烧、胃部不适、恶心或腹泻。轻度出血可能持续两周或更长时间。
- 我理解，以下并发症很少见：
  - 在我服用第二种药物后的 24 以后出现发烧、疼痛或不适、虚弱、恶心、呕吐或腹泻，这可能由感染引起；
  - 子宫内残留胚胎或部分胚胎内；
  - 大出血，需要输血；
  - 出现药物反应，如昏厥、头痛、头晕或感觉虚弱；
  - 严重感染，或死亡（每 100,000 例堕胎病例中有不到 1 例会发生这种情况，比分娩死亡率低 10 倍）。
- 我和我的医疗保健提供者有一项计划，确认妊娠已终止。
- 我有机会向我的医疗保健提供者提问并谈论我的担忧。

患者签名	日期
父母/监护人签名（在患者未满 *16* 周岁且未婚的情况下）	日期
☐ 获得法院授权。	

此同意书将由该机构单独保存
作为您的保密医疗记录的一部分。