马萨诸塞州公共卫生部

堕胎手术同意书

机构名称

患者姓名（请以正楷书写）	患者 I.D. 号（仅限办公室使用）

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：

- 我同意堕胎手术，这将终止我的妊娠。
- 我可能会接受局部（身体的小范围）、全身（整个身体）或其他麻醉，以使手术更加舒适。我理解，全身麻醉和其他麻醉比局部麻醉风险大。
- 我理解，堕胎手术的并发症很少见，可能包括：
  - 感染；
  - 大出血（内出血）；
  - 子宫内残留胚胎或部分胚胎
  - 出现药物反应；
  - 凝血问题；
  - 子宫颈或子宫撕裂；
  - 损伤附近器官；
  - 子宫切除术（切除子宫）或；
  - 死亡，该状况非常罕见。
- 我有机会向我的医疗保健提供者提问并述说我的担忧。
- 如有需要，我知道如何联系我的医疗保健提供者。

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。