



# 낙태 시술 동의서

기관명

환자 이름(정자체)

환자 I.D. 번호(사무실 전용)

매사추세츠 법률은 매사추세츠 보건복지부(MDPH)가 작성한 이 동의서에 서명하도록 요구합니다.

아래 본인 이름에 서명함으로써, 본인은 다음 내용을 숙지하고, 이해했으며 이에 동의합니다.

- 본인은 임신을 종결시키는 낙태 시술에 동의합니다.
- 시술을 더 편안하게 하기 위해 국소 마취(신체의 일부), 전신 마취(신체 전체) 또는 다른 마취를 수행하게 될 수 있습니다. 전신 및 다른 마취가 국소 마취보다 위험이 더 크다는 사실을 이해하였습니다.
- 낙태 시술로 인한 합병증은 드물게 나타나며 이러한 합병증에는 다음이 포함될 수 있음을 이해하였습니다.
  - 감염
  - 심한 출혈(출혈)
  - 자궁 내 태반 조직의 일부가 잔류함
  - 약물 반응
  - 혈액 응고 문제
  - 자궁경부 또는 자궁의 찰집
  - 자궁과 근접한 장기에 손상
  - 자궁절제술(자궁 적출) 또는
  - 사망(극히 드물게 나타남).
- 본인은 담당 의료제공자와 함께 우려사항에 대해 얘기하고 질문할 기회를 가졌습니다.
- 필요한 경우, 담당 의료제공자에게 연락할 방법을 알고 있습니다.

환자 서명

날짜

부모님/보호자 서명(환자가 16세 미만이고 결혼을 한 적이 없는 경우)

날짜

법원 허가 받음.

**이 동의서는 기밀 의무 기록의 일부로서 해당 시설에서 단독으로 보관해야 합니다.**