



SỞ Y TẾ CÔNG CỘNG MASSACHUSETTS

# Đơn đồng ý phá thai bằng thuốc

TÊN CƠ SỞ

TÊN BỆNH NHÂN (vui lòng viết chữ in hoa)

I.D BỆNH NHÂN. SỐ (chỉ dành cho văn phòng)

Luật Massachusetts yêu cầu bạn ký vào đơn đồng ý đã được thông báo này do Sở Y tế Công cộng Massachusetts (MDPH) soạn thảo.

Bằng cách ký tên dưới đây, tôi xác nhận rằng tôi đã đọc, hiểu và đồng ý với các điều sau:

- Tôi đồng ý phá thai bằng thuốc, việc này sẽ chấm dứt thai kỳ của tôi.
- Tôi hiểu rằng tôi sẽ dùng hai loại thuốc: mifepristone và misoprostol. Mifepristone và misoprostol sẽ chấm dứt thai kỳ và làm rỗng tử cung của tôi. Thuốc sẽ gây chuột rút mạnh và chảy máu.
- Các tác dụng phụ dự kiến khi phá thai bằng thuốc bao gồm chuột rút, sốt, đau bụng, buồn nôn hoặc tiêu chảy. Chảy máu nhẹ có thể kéo dài trong hai tuần trở lên.
- Tôi hiểu rằng các biến chứng sau đây rất hiếm:
  - sốt, đau hoặc khó chịu, suy nhược, buồn nôn, nôn hoặc tiêu chảy hơn 24 giờ sau khi tôi uống liều thuốc thứ hai, có thể do nhiễm trùng gây ra;
  - thai hoặc một phần của thai có thể còn sót lại trong tử cung của tôi;
  - chảy máu nhiều cần truyền máu;
  - phản ứng với thuốc như ngất, đau đầu, chóng mặt hoặc cảm thấy yếu;
  - nhiễm trùng nặng, hoặc tử vong (tỷ lệ này xảy ra dưới 1 trong số 100.000 ca phá thai và thấp hơn 10 lần so với tỷ lệ tử vong do sinh con).
- Tôi có một kế hoạch với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi để xác nhận rằng thai kỳ đã chấm dứt.
- Tôi đã có cơ hội đặt câu hỏi và nói về mối quan tâm của tôi với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

CHỮ KÝ CỦA BỆNH NHÂN

NGÀY

CHỮ KÝ CỦA CHA MẸ/NGƯỜI GIÁM HỘ (nếu bệnh nhân dưới 16 tuổi và chưa từng kết hôn)

NGÀY

☐ Đã nhận được sự ủy quyền của tòa án.

**Đơn này sẽ chỉ được cơ sở lưu giữ là một phần của hồ sơ y tế bí mật của bạn.**

Đơn đồng ý phá thai bằng thuốc của MDPH; sửa đổi lần cuối năm 2022. Đơn đồng ý này có sẵn ở nhiều ngôn ngữ thông dụng ở Massachusetts. Gửi e-mail đến [dph-abconsents@mass.gov](mailto:dph-abconsents@mass.gov) để yêu cầu bổ sung các ngôn ngữ.