



Форма информированного согласия на процедуру прерывания беременности

НАЗВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

ИМЯ, ФАМИЛИЯ (печатными буквами)

ИД. № ПАЦИЕНТА (для служебных отметок)

Согласно закону штата Массачусетс вы обязаны подписать настоящую форму информированного согласия, составленную Департаментом общественного здравоохранения штата Массачусетс (MDPH).

Своей подписью ниже я подтверждаю ознакомление, свою осведомленность и согласие со следующими заявлениями:

- Я соглашаюсь на аборт, который прервет мою беременность.
- Мне может быть предложена местная (небольшой участок тела), общая (всего организма) или иная анестезия, чтобы снизить дискомфорт во время процедуры. Я понимаю, что общая и иные формы анестезии сопряжены с большим риском, чем местное обезболивание.
- Я понимаю, что при аборте возможны редкие осложнения, которые могут включать в себя:
 - инфицирование;
 - сильные кровотечения (кровопотеря);
 - остатки плодного яйца или тканей плода в матке;
 - реакции на препараты;
 - проблемы со свертываемостью крови;
 - разрыв шейки матки или матки;
 - травмирование близлежащих органов;
 - гистерэктомия (удаление матки); или
 - летальный исход в крайне редких случаях.
- Мне была предоставлена возможность задать вопросы и обсудить свои опасения с поставщиком медицинских услуг.
- Я знаю, как связаться со своим поставщиком медицинских услуг, если возникнет необходимость.

ПОДПИСЬ ПАЦИЕНТА

ДАТА

ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ / ОПЕКУНА

(если пациенту меньше 16 лет и пациент никогда не состоял в браке)

ДАТА

☐ Получено разрешение суда.

Настоящая форма предназначена исключительно для включения в вашу конфиденциальную медицинскую карту, хранящуюся в учреждении.