



Форма информированного согласия на медикаментозный аборт

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 медикаментозный аборт, который прервет мою беременность.
- Я понимаю, что мне предстоит принять два препарата: мифепристон и мизопростол. Мифепристон и мизопростол прервут мою беременность и выведут плодное яйцо из матки. Препараты вызовут сильные спазмы и кровотечения.
- Ожидаемые побочные реакции медикаментозного аборта включают в себя судороги, лихорадку, тошноту или диарею. Слабое кровотечение возможно в течение двух недель и дольше.
- Я понимаю, что в редких случаях возможны следующие осложнения:
 - лихорадка, боль или дискомфорт, слабость, тошнота, рвота или диарея в течение 24 часов и более после приема второго препарата, которые могут быть вызваны инфекцией;
 - остатки плодного яйца или тканей плода в матке;
 - сильное кровотечение, требующее переливания крови;
 - реакции на препараты, такие как обморок, головные боли, головокружение или слабость;
 - тяжелая инфекция или смерть (вероятность летального исхода не превышает 1 на 100 000 абортов и в 10 раз ниже, чем уровень смертности при родах).
- У меня есть план последующего наблюдения, составленный моим поставщиком медицинских услуг для подтверждения полного прерывания беременности.
- Мне была предоставлена возможность задать вопросы и обсудить свои опасения с поставщиком медицинских услуг.

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.