**Информированное добровольное согласие на проведение**

**искусственного прерывания беременности при сроке до 12 недель**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_» г. рождения настоящим подтверждаю свое согласие на проведение мне искусственного прерывания беременности, т.е. хирургической операции с нарушением и удалением плодного яйца (эмбриона человека) под обезболиванием.

**1. Я проинформирована врачом**:

**-** о сроке моей беременности, об отсутствии у меня противопоказаний к вынашиванию данной беременности и рождению ребенка;

- о смысле операции и обезболивания;

- о том, что медицинская помощь при операции (включая обезболивание) входит в Программу государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи и предоставляется в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения бесплатно;

- о том, что даже при строжайшем соблюдении норм и правил проведения операции, нет 100%-ой гарантии предотвращению возможных осложнений при ее проведении и в послеоперационном периоде;

- о целесообразности использования в дальнейшем средств предупреждения нежелательной беременности;

- о необходимости приема назначенных мне лекарственных препаратов в соответствии с предписанием лечащего врача;

- о режиме поведения, в том числе половой жизни, в послеоперационном периоде и возможных последствиях при его нарушении.

**2. Мне даны разъяснения:**

- о действии назначаемых перед проведением и во время операции лекарственных препаратов;

- об основных этапах обезболивания;

- о возможных осложнениях и последствиях аборта:

1) травма и прободение матки с возможным ранением внутренних органов и кровеносных сосудов; кровотечение, что может потребовать расширения объема операции вплоть до чревосечения и удаления матки и др.;

2) скопление крови в полости матки; остатки плодного яйца в полости матки, острый и/или подострый воспалительный процесс матки и/или придатков матки, вплоть до перитонита, что потребует повторного оперативного вмешательства, не исключая удаления матки и др.;

3) отдаленных последствиях и осложнениях: бесплодие; хронические воспалительные процессы матки и/или придатков матки; нарушение функции яичников; внематочная беременность; невынашивание беременности; различные осложнения при вынашивании последующей беременности и в родах.

Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы. Мне разъяснена возможность не прибегать к операции аборта.

**Заключение.** Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях при проведении операции, я подтверждаю, что мне понятен смысл терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о проведении мне операции искусственного прерывания беременности.

Пациентка\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество) (Подпись)

Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, Имя, Отчество) (Подпись)

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_