

О рекомендуемом образце информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности при сроке до 12 недель

Приказ · № 335 · от 17.05.2007 · Министерство здравоохранения и социального развития · Утратил силу

ПРИКАЗ

Министерства здравоохранения
и социального развития Российской Федерации
от 17 мая 2007 г. N 335

О рекомендуемом образце информированного
добровольного согласия на проведение искусственного
прерывания беременности при сроке до 12 недель

Зарегистрирован Минюстом России 11 октября 2007 г.

Регистрационный N 10308

В соответствии со статьями 32, 36 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-I (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, N 33, ст. 1318; Собрание законодательства Российской Федерации, 2007, N 1, ст. 21) и в целях профилактики и снижения числа осложнений после искусственного прерывания беременности, охраны репродуктивного здоровья женщин в Российской Федерации приказываю:

1. Утвердить рекомендуемый образец информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности при сроке до 12 недель согласно приложению.
2. Рекомендовать руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации использовать рекомендуемый образец информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности при сроке до 12 недель, утвержденный настоящим приказом, при организации работы по оказанию медицинской помощи женщинам в связи с прерыванием беременности.

Министр М.Ю.Зурабов

Приложение

Рекомендуемый образец

Информированное добровольное согласие на проведение
искусственного прерывания беременности при сроке до 12 недель

Я, нижеподписавшаяся, _____ года рождения в соответствии со статьями 32, 36 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-I настоящим подтверждаю свое согласие на проведение мне искусственного прерывания беременности, то есть хирургической операции с разрушением и удалением плодного яйца (эмбриона человека), которая проводится под обезболиванием (далее - операция).

1. Я проинформирована врачом о нижеследующем:

- о сроке моей беременности, об отсутствии у меня противопоказаний к вынашиванию данной беременности и рождению ребенка;
- о смысле операции и обезболивании;
- 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 при условии строжайшего соблюдения соответствующих норм и правил проведения операции нет 100-процентной гарантии предотвращения возможных осложнений при проведении самой операции и в послеоперационном периоде;
- о возможности и целесообразности использования в дальнейшем средств предупреждения нежелательной беременности;
- о необходимости прохождения медицинского обследования для контроля за состоянием моего здоровья после операции в соответствии с назначением лечащего врача;
- 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:

а) действии назначаемых мне перед проведением и во время проведения операции следующих лекарственных препаратов: _____

_____ и возможных осложнениях при их применении;

б) основных этапах обезболивания;

в) следующих возможных осложнениях и последствиях проведения операции:

- осложнениях непосредственно в момент проведения операции: осложнения анестезиологического пособия; 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.;

- осложнениях в послеоперационном периоде: 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.;

- 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; преждевременные роды; различные осложнения родовой деятельности; кровотечение в родах и (или) послеродовом периоде; нервно-психические расстройства и др.

Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы.

Мне разъяснены также альтернатива проведения операции и возможность не прибегать к ней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением операции, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о проведении мне операции. Пациент

(фамилия, имя, отчество) (подпись) Дата _____

Я свидетельствую, что разъяснил пациентке суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения операции, дал ответы на все вопросы. Врач _____

(фамилия, имя, отчество) (подпись) Дата _____
