

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПОДГОТОВКУ РОДОВЫХ ПУТЕЙ МЕФЕПРИСТОНОМ

Настоящее добровольное информированное согласие составлено в соответствии со статьями 18, 19, 20, 22 Федерального Закона РФ от 21.11.2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина либо законного представителя)

« ____ » _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
(дата рождения гражданина либо законного представителя)

_____ (адрес регистрации гражданина либо законного представителя)

проживающий по адресу: _____
(указывается в случае проживания не по месту регистрации)

Этот раздел бланка заполняется только на лиц, не достигших возраста 15 лет или недееспособных граждан

В отношении _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента при подписании согласия законным представителем)

« ____ » _____ г. рождения, проживающего по адресу:
(дата рождения пациента при подписании законным представителем)

(в случае проживания не по месту жительства законного представителя)

Настоящим подтверждаю, что я проинформирован(а) врачом:

а) о том, что мефепристон – синтетический антигестаген.

б) преимущества применения Мефепристона:

- Высокая эффективность при подготовке шейки матки.
 - Наименьшая частота осложнений родов и кесарева сечения.
 - Отсутствие выраженных побочных эффектов в связи с кратковременным воздействием в небольших дозах
- в) принимается Мефепристон внутрь в дозе 200 мг (1 таблетка) один раз в сутки в течении 2-х дней с интервалом 24 часа.
- г) во время применения подготовки родовых путей МЕФЕПРИСТОНОМ возможны различные осложнения:

- Преждевременное излитие околоплодных вод;
- Слабость родовых сил;
- Субинволюция матки;
- Обострение инфекций матки и мочевыводящих путей;
- Неэффективность применения мефепристона, что возможно, потребует оперативного родоразрешения.

д) о том, что исход родов для меня и моего ребенка зависит не только от качества медицинской помощи, но и от состояния моего здоровья, течения беременности и родов;

е) методы диагностики и лечения будут выполнены в соответствии с отраслевыми стандартами, клиническими протоколами и рекомендациями по оказанию акушерско-гинекологической помощи.

В доступной для меня форме мне разъяснены цели, методы оказания медицинской помощи, связанный с ними риск, возможные варианты медицинских вмешательств, их последствия, в том числе вероятность развития осложнений, а также предполагаемые результаты оказания медицинской помощи. Мне разъяснено, что я имею право отказаться от одного или нескольких видов медицинских вмешательств, потребовать его (их) прекращения, за исключением случаев, предусмотренных частью 9 статьи 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

Я согласна на подготовку родовых путей МЕФЕПРИСТОНОМ необходимого для моего родоразрешения. Я полностью проинформирована о способе применения Мефепристона и необходимости его применения. Я знакома с тем, что специалисты БУ «Лангепасская городская больница» окажут мне квалифицированную медицинскую помощь с целью моего обследования, лечения, родоразрешения. Я не возражаю против участия в моей операции специалистов БУ «Лангепасская городская больница» и привлеченных специалистов.

Я имела(а) возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получил(а) исчерпывающие ответы. В случае отказа от обследования и лечения в БУ «Лангепасская городская больница» всю ответственность за исход беременности и родов беру на себя.

Своей подписью я подтверждаю, что мною получена, и я её поняла, вся интересующая информация в доступной для меня форме, объяснены возможные осложнения, как во время операции, так и после неё. В данный момент я нахожусь в здравом уме и при полной памяти

Сведения о выбранном (выбранных) мною лице (лицах), которому (которым) в соответствии с пунктом 5 части 5 статьи 19 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» может быть передана информация о состоянии моего здоровья или состоянии лица, законным представителем которого я являюсь (ненужное зачеркнуть), в том числе после смерти:

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

Содержание настоящего документа мною прочитано, разъяснено мне врачом акушер-гинекологом, ведущим мои роды, оно мне полностью понятно, что я и удостоверяю своей подписью:

Мое решение является свободным и добровольным и представляет собой информированное согласие/ информированный отказ (не нужно зачеркнуть).

Законный	_____	_____	_____
Представитель	Подпись	Ф.И.О. (полностью)	Дата
Врач	_____	_____	_____
	Подпись	Ф.И.О. (полностью)	Дата