

## SELECTIVE TERMINATION OF PREGNANCY

### Селективное прерывание беременности

Селективное (избирательное) прерывание беременности производится с целью умерщвления признанного неполноценным эмбриона путем впрыскивания в сердце этого эмбриона концентрированного раствора соли с помощью иглы, которая вводится через переднюю брюшную стенку беременной женщины. Мертвый эмбрион обычно остается в полости матки до родов.

Процедура производится обычно без обезболивания.

Данные женщины \_\_\_\_\_

_____	_____	_____	_____
פאמיליא	ימא	ימא אטא	נומער פאספּוּרטא
שם משפּחה	שם האב	שם פרטי	.י.ל

Настоящим я подтверждаю получение подробной устной информации от доктора

_____	_____
פאמיליא	ימא
שם משפּחה	שם פרטי

о том, что ультразвуковое акушерское/другое обследование  
обнаружило \_\_\_\_\_

_____	_____
באָגענישע פּאַטאָלאָגיע	הפגם שנתגלה

По причинам, которые мне были объяснены, нельзя подтвердить/ опровергнуть с абсолютной уверенностью заключение о неполноценности эмбриона. Несмотря на высокую достоверность обнаруженных при исследовании находок, возможна диагностическая ошибка из-за присутствия самим методом исследования ограничений.

Будучи осведомлена о выявленных патологических изменениях эмбриона, я высказываю свое добровольное полное согласие на прерывание моей беременности неполноценным эмбрионом (далее: «настоящая процедура»).

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получила разъяснения о том, как производится подобное прерывание беременности и

о возможных при этом побочных явлениях, включая боль и дискомфорт.

Мне также известно о риске и осложнениях, связанных с основной процедурой, как для меня/женщины, так и для здорового/здоровых эмбриона/эмбрионов. Я осведомлена о том, что к числу опасностей, угрожающих здоровому эмбриону/здоровым эмбрионам, относятся, в частности, преждевременные роды, развитие эмболий, поражение головного мозга или другие осложнения, которые невозможно предсказать заранее. В чрезвычайно редких случаях возможна смерть эмбриона.

Я знаю, что в случаях многоплодной беременности, когда один из эмбрионов оказывается неполноценным, иногда возникают трудности с

идентификацией неполноценного эмбриона, следствием чего может быть диагностическая ошибка и умерщвление здорового эмбриона.

Я знаю, что возможные осложнения для меня/женщины включают, в числе прочих, инфекцию, кровотечение и в редких случаях – нарушение свертываемости крови, которое может быть угрозой для жизни. Я знаю, что ухудшение моего здоровья может отрицательно повлиять также на здоровье полноценного/полноценных эмбриона/эмбрионов.

Настоящим я даю свое согласие на проведение основной процедуры.

Я заявляю и утверждаю, что мне даны объяснения, и я понимаю следующее: в процессе выполнения основной процедуры может возникнуть необходимость в расширении ее объема, изменении ее

характера или в проведении других/дополнительных действий, объем и характер которых невозможно в полной мере предсказать заранее, но их смысл мне понятен. Таким образом, я согласна на расширение основной процедуры, ее изменение или проведение других/дополнительных действий, включая хирургические воздействия, которые, по мнению врачей медицинского учреждения, окажутся жизненно необходимыми во время основной процедуры.

Я также даю свое согласие на проведение местной анестезии, в соответствии с профессиональными сообщениями врачей,

будучи осведомлена о возможных ее осложнениях, включая аллергическую реакцию различной степени выраженности на вещества анестезии.

В случае, если будет решено прибегнуть к общему наркозу, я получу соответствующие <sup>יִנְאָר</sup> 2001 /OBGN/OOBP/7500/0075 ט' разъяснения от врача анестезиолога.

Мне известно и я согласна с тем, что основная процедура и все дополнительные действия будут проводиться лицами, на которых возложена эта обязанность, в соответствии с правилами и

инструкциями медицинского учреждения и под его ответственность согласно закону, и мне не обещано, что они будут исполнены, полностью или частично, какими-либо конкретными лицами.

подпись женщины חתימת האישה	час שעה	дата תאריך
חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) подпись опекуна (в случае, если больная недееспособна, несовершеннолетняя или душевнобольная)		שם אפוטרופוס (קירבה) фамилия опекуна (степень родства)

Я подтверждаю, что дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного и необходимого больному/опекуну больного\*, и что он/она подписал/а в моем присутствии настоящий бланк согласия после того, как я убедился/ась, что мои объяснения поняты в полном объеме.

מס' רשיון Номер лицензии	חתימת הרופא/ה подпись врача	שם הרופא/ה фамилия врача

\* Лишнее стереть