

**טופס הסכמה: הפסקת הריון בשליש הראשון של ההריון**  
**VACUUM/CURETTAGE OF UTERUS FOR TERMINATION OF PREGNANCY (D&C)**

**Прерывание беременности на первом триместре**

При прерывании беременности производится расширение шейки матки и отделение эмбриона и плаценты от матки с помощью вакуума и/или кюретты.

Процедура проводится под местным или общим наркозом.

имя пациентки: \_\_\_\_\_

|          |         |        |       |
|----------|---------|--------|-------|
| _____    | _____   | _____  | _____ |
| שם משפחה | שם פרטי | שם האב | ת.ז.  |

Я подтверждаю здесь устное получение подробной информации от доктора

|          |         |         |
|----------|---------|---------|
| _____    | _____   | _____   |
| שם משפחה | שם פרטי | רופא/ה: |

о прерывании беременности. (далее: «данная процедура»)

Я подтверждаю этим получение информации по поводу побочных эффектов связанных с данной процедурой, включая боли живота, легкие дискомфорт и кровотечение, которые прекратятся через несколько дней. Также, я осведомлена о возможных риске и осложнениях, включая возможность перфорации матки и необходимость в срочной операции, а также возможность инфекции сразу после процедуры или в дальнейшем. Я осведомлена о возможных поздних осложнениях, включая нарушения менструального цикла, внематочную беременность, недостаточность шейки матки, и вследствие того повторные выкидыши и/или преждевременные роды, что может потребовать зашива шейки матки для сохранения беременности в будущем. Также, возможны аномальная имплантация плаценты и/или воспалительные процессы, и вследствие того трудности при попытках забеременеть в будущем. Я знаю о необходимости наблюдения через 2 недели после процедуры, чтобы удостовериться в полном прекращении беременности.

Я даю здесь свое согласие на проведение данной процедуры.

Я подтверждаю, что знаю и понимаю, что в течении данной процедуры может возникнуть необходимость расширить ее, изменить ее или прибегнуть к другим/дополнительным действиям, которые нельзя в точности и вполне предсказать заранее, но их смысл мне ясен. Таким образом я согласна на расширение процедуры, ее изменение или проведение других/дополнительных действий, включая хирургические процедуры, которые потребуются по мнению врачей медицинского учреждения в течении данной процедуры.

Я даю здесь свое согласие также на местную анестезию будучи осведомлена о возможных осложнениях, включая нарушения сердечного ритма, падение давления и различной степени аллергическую реакцию на вещества анестезии.

В случае использования общего наркоза, я получаю разъяснения от анестезиолога.

Я знаю и согласна с тем что данная процедура и все дополнительные действия будут проводиться соответствующим персоналом, согласно правилам и инструкциям медицинского учреждения, и мне не обещано, что они будут исполнены, полностью или частично, кем-то конкретно, при условии что они будут исполнены под ответственность учреждения согласно закону.

|             |       |       |
|-------------|-------|-------|
| _____       | _____ | _____ |
| חתימת החולה | שעה   | תאריך |

|                       |   |
|-----------------------|---|
| _____                 | _____   |
| שם האפוטרופוס (קירבה) | שם האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) |
| _____                 | _____   |
| שם האפוטרופוס (קירבה) | שם האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) |

אני מאשרת/כי הסברתי בעל פה או בעזרת מתורגמן/ית לחולה/ לאפוטרופוס של החולה\* את האמור לעיל בפרוט דרוש וכי הוא/היא חתם/ה על ההסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

|           |               |            |
|-----------|---------------|------------|
| _____     | _____         | _____      |
| מס' רשיון | חתימת הרופא/ה | שם הרופא/ה |

\*מחקר/ את המיותר