

טופס הסכמה: הפסקת הריון תרופתית באמצעות טבליות מיפג'יו וציטוטק

## TERMINATION OF PREGNANCY BY MEDICATION

### Бланк согласия: медикаментозное прерывание беременности с помощью таблеток мифеджин (мифепристон) и цитотек (мизопростон)

Медикаментозное лечение таблетками мифеджин (мифепристон) и цитотек (мизопростон) имеет целью прерывание внутриматочной беременности сроком не более 49 дней. Если прерывание беременности этим способом производится в более поздние сроки, то шансы на успех уменьшаются.

Медикаментозное лечение проводится в два срока; во время первого срока – таблетками мифеджина, и во время второго срока – таблетками цитотека, с промежутком между ними от 36 до 48 часов.

Предполагаемое прекращение беременности происходит через несколько часов после приема препаратов второго срока. Во время каждого срока необходим покой и врачебное наблюдение: два часа после приема таблеток мифеджина и шесть часов после приема таблеток цитотека, или в соответствии с рекомендациями лечащего врача.

Данные больного \_\_\_\_\_

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	. ת.ל
фамилия	имя	имя отца	номер паспорта

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил/а подробное устное объяснение от доктора -

שם פרטי	שם משפחה
имя	фамилия

о необходимости прерывания беременности с помощью таблеток мифеджина и цитотека (далее: «Медикаментозное прерывание беременности»).

Я осведомлена об альтернативной возможности прерывание беременности путем выскабливания, в том числе о преимуществах и недостатках выскабливания по сравнению с медикаментозным прерыванием беременности. Мне объяснено, что после приема таблеток процесс становится необратимым, и в случае, если не достигается медикаментозное прерывание беременности, необходимо прервать беременность принятым способом из-за возможности развития пороков плода в

результате влияния вышеуказанных препаратов.

Мне объяснено, что сильное кровотечение не обязательно свидетельствует о прерывании беременности, и мне нужно являться на проверочные визиты, на אוקטובר

которые я буду приглашена в соответствии с планом лечения. Я осведомлена о том, что в 5-10% случаев медикаментозного прерывания беременности возникает необходимость в завершении процесса аборта принятым способом выскабливания под обезболиванием.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что я информирована о возможных побочных эффектах, включая: боли, подобные болям при месячных и даже более сильные; значительное кровотечение из влагалища на протяжении до 9 дней со дня приема мифеджина и легкое кровотечение вплоть до следующих месячных; слабость, тошноты и/или рвота, понос, отсутствие аппетита, сыпь, чувство жара или озноб, головные боли, головокружения и иногда боли в груди и плохое настроение. Эти побочные эффекты проходят обычно через несколько дней после приема таблеток препарата цитотек во время второго срока. Мне объяснено, что возможно осложнение в виде сильного кровотечения, которое потребует выскабливания и иногда переливания крови.

Кроме того, я осведомлена о возможных осложнениях выскабливания, включая: воспаление слизистой матки, спайки, полипы слизистой оболочки матки и прободение матки.

Мне объяснено, что существует запрет на проведение медикаментозного прерывания беременности при болезненных состояниях, на его сочетание с другими видами медикаментозного лечения, а также для курящих женщин в возрасте свыше 35 лет, и я заявляю, что передала лечащему врачу

2004 אוקטובר/OBGYN/OV22/6359/0065 ט

полную медицинскую информацию.



מне объяснено, что мое сотрудничество и выполнение всех лечебных указаний являются обязательными и жизненно важными для успеха лечения во всех его аспектах. Настоящим я даю согласие на проведение медикаментозного прерывания беременности. Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я поняла, что в процессе выполнения медикаментозного прерывания беременности или после его окончания может выясниться, что необходимо расширить объем вмешательства и/или изменить его характер; возможно, что потребуются также другие дополнительные действия для спасения жизни больной или предотвращения осложнений, в том числе и хирургические вмешательства. Мне известно, что невозможно предвидеть заранее возникновение и характер осложнений, равно как и объем требуемых лечебных мероприятий. Я полностью понимаю смысл вышесказанного как в плане возможных осложнений, так и в отношении мероприятий, необходимых для их лечения. С учетом сказанного, я даю согласие на расширение объема и изменение характера медикаментозного прерывания беременности, равно как и на выполнение других/дополнительных действий, включая хирургические вмешательства, которые в соответствии с профессиональными соображениями врачей лечебного учреждения представляются жизненно важными/необходимыми в процессе медикаментозного прерывания беременности.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что медикаментозное прерывание беременности и все другие действия будут произведены лицами, на которых возложена эта обязанность в соответствии с правилами и инструкциями лечебного учреждения, под его ответственность и в соответствии с законом. При этом мне не было обещано, что указанные действия полностью или частично будут выполнены какими-либо конкретными лицами.

תתימת החולה подпись больной	שעה час	תאריך дата
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 больной/опекуну больной\*, и что она/он подписала/подписал в моем присутствии настоящий бланк согласия после того, как я убедился/ась, что мои объяснения поняты в полном объеме.

מס רישיון номер лицензии	חתימת הרופא/ה подпись врача	שם הרופא/ה фамилия врача

\* Лишнее вычеркнуть