



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ЧЕЧЕНСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
(Минздрав ЧР)**

ПРИКАЗ

« 08 » 04 20 16 г.

г. Грозный

№ 96

«О перинатальном консилиуме»

Во исполнение приказов Минздрава России от 01.11.2012г. №572н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)", от 03.12.2007 №736 "Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности" с целью повышения качества оказания медицинской помощи беременным, снижения уровня перинатальной и младенческой смертности от врожденных пороков развития, а также минимизации уровня инвалидизации детей от врожденных пороков развития в Чеченской Республике,

п р и к а з ы в а ю:

1. Главному врачу ГБУ «РКЦОЗМиР им. А. Кадыровой»:
 - 1.1. Организовать Республиканский перинатальный консилиум (далее - Консилиум);
 - 1.2. Утвердить состав Консилиума и состав профильных специалистов-консультантов для участия в Консилиуме согласно приложению №1;
 - 1.3. Организовать работу Консилиума в соответствии с приложением №2 разделом I и II приказа Минздрава России от 01.11.2012 №572н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)";
 - 1.4. Принять к исполнению приказ Минздравсоцразвития РФ от 17.05.2007г. №335 «О рекомендуемом образце информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности при сроке 12 недель»;
 - 1.5. Утвердить:
 - 1.5.1. Форму протокола перинатального консилиума (приложение №3);
 - 1.5.2. Форму направления на перинатальный консилиум (приложение №4);
 - 1.5.3. Форму информированного добровольного согласия на проведение мануальной вакуумной аспирации в сроке беременности до 10 недель (приложение №10);
 - 1.5.4. Форму отказа от прерывания беременности по медицинским показаниям в сроке более 12 недель беременности (приложение №12).
 - 1.6. Организовать проведение анализа эффективности работы Консилиума с предоставлением в отдел организации медицинской

- помощи матери и ребенку Минздрава ЧР отчета о работе Консилиума согласно приложению №5 ежемесячно, в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом.
2. Руководителям медицинских организаций, имеющим в составе структурные подразделения родовспоможения и детства обеспечить:
 - 2.1. Направление беременных женщин при выявлении врожденной патологии плода, хромосомной или другой наследственной болезни у плода, на Консилиум для решения вопроса о дальнейшей тактике ведения беременности;
 - 2.2. Направление беременных с врожденными аномалиями (пороками развития), деформациями и хромосомными нарушениями у плода, несовместимых с жизнью на искусственное прерывание беременности в сроке до 22 недель в гинекологическое отделение (по решению врачебной комиссии). При отказе от прерывания беременности направлять на Консилиум;
 - 2.3. Предоставление ежемесячного отчета по исполнению п. 2.2 председателю Консилиума по утвержденной форме (приложение №6);
 - 2.4. В случае рождения ребенка с врожденным пороком развития, обеспечить извещение по форме №025-11/у-98 (приложение №7) и предоставление отчета согласно приложению №8 ежемесячно, в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным периодом в отдел детства Минздрава ЧР на электронный адрес: **detstvo_mz@mail.ru**;
 - 2.5. В случае рождения ребенка с некурабельной патологией периода новорожденности, находящегося на спонтанном дыхании, согласно п.6 и п.7 приказа Минздрава РФ №193 н от 14.04.2015г. «Об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям по предварительному согласованию с руководителем организации, направить на оказание паллиативной медицинской помощи в ГБУ «Республиканский детский реабилитационный центр»;
 - 2.6. При обнаружении врожденного порока развития плода у беременной женщины, либо при отказе от прерывания до 22 недель и после 22 недель, обеспечить информацию о данной беременной, согласно приложению №4 в ДАКЦ ГБУ РКЦОЗМиР им. А. Кадыровой, на электронный адрес: **dakts15@inbox.ru**
 3. Начальнику отдела материнства и начальнику отдела детства Минздрава ЧР организовать ежемесячный анализ работы Консилиума.
 4. Общему отделу Минздрава ЧР довести настоящий приказ до всех руководителей медицинских организаций республики, Территориального Фонда обязательного медицинского страхования, страховой компании «МАКС-М» и опубликовать на официальном сайте Минздрава ЧР в течение 5 рабочих дней со дня подписания.
 5. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на заместителя министра П.В. Исакову.

/М и н и с т р



Ш.С. Ахмадов

Приложение №1
к приказу Минздрава
Чеченской Республики
от «___» _____ 2016г. №___

Состав
перинатального консилиума в государственных учреждениях
здравоохранения Чеченской Республики и состав профильных
специалистов-консультантов

| № п/п | Ф.И.О. | Занимаемая должность |
|-------|--------------------|---|
| 1 | Тарамова Л.В. | Главный внештатный акушер-гинеколог Минздрава ЧР |
| 2 | Сайдаева Д.Х. | Главный внештатный генетик Минздрава ЧР |
| 3 | Домбаева Б.И. | Главный внештатный неонатолог Минздрава ЧР |
| 4 | Висуров Л.В. | Главный внештатный детский хирург Минздрава ЧР |
| 5 | Мусангузова М.И. | Заместитель главного врача по лечебной части ГБУ «РКЦОЗМиР» |
| 6 | Ахмедханова Р.Р. | Заместитель главного врача по детству ГБУ «РКЦОЗМиР» |
| 7 | Абубакарова А.А-Г. | Врач ультразвуковой диагностики ГБУ «Родильный дом» |

Положение о перинатальном консилиуме

1. Общие положения

1.1. Республиканский Перинатальный консилиум создается в медицинских учреждениях оказывающих медицинскую помощь беременным женщинам и новорожденным 3-го уровня.

1.2. Республиканский Перинатальный консилиум в своей деятельности руководствуется законодательством Российской Федерации, нормативными актами Минздрава России, Минздрава ЧР и настоящим Положением.

2. Цель работы республиканского перинатального консилиума:

Снижение уровня младенческой смертности от врожденной патологии развития плода (далее - ВПР).

3. Задачи республиканского перинатального консилиума:

3.1. Решение вопроса о выборе тактики ведения беременности и родов (прерывание или пролонгирование) при выявлении ВПР, хромосомной или другой наследственной патологии.

3.2. Решение вопроса о пролонгировании беременности при установленных ВПР плода, подлежащих хирургической коррекции (лечению) и выбора места оказания медицинской помощи беременной и новорожденному с ВПР, включая федеральные клиники.

3.3. Совершенствование оказания медицинской помощи беременным при выявлении пороков развития у плода в части определения прогноза жизни и последующей тактики наблюдения, родоразрешения, внутриутробной или постнатальной коррекции.

4. Порядок работы перинатального консилиума

4.1. Состав консилиума формируется из врача-генетика, врача ультразвуковой диагностики, врача акушера-гинеколога, врача-неонатолога и по показаниям других специалистов.

4.2. Частота заседаний консилиума определяется по мере необходимости, но не реже 1 раза в месяц.

4.3. Перинатальный консилиум проводится на базе ГБУ «РКЦОЗМиР им. А. Кадыровой».

4.4. Решение перинатального консилиума оформляется в виде протокола перинатального консилиума согласно приложению №3 к настоящему приказу за подписью членов консилиума, которое регистрируется в журнале "Учета клинико-экспертной работы" ф.035-у, вносится в медицинскую документацию беременной. Протокол перинатального консилиума выдается на руки беременной, информация о решении консилиума передается в женскую консультацию по месту наблюдения беременной.

4.5. При выявлении врожденного порока развития, хромосомной или другой наследственной болезни у плода, перинатальным консилиумом определяется тактика ведения беременности:

4.5.1. Если возможна хирургическая коррекция в неонатальном периоде и обеспечение выхаживания новорожденного после оперативного вмешательства, направление беременных женщин для родоразрешения осуществляется:

- в родильный дом ГБУ РКЦОЗМиР им. А. Кадыровой - при хирургической патологии;
- в федеральные государственные учреждения - при кардиохирургической патологии, нейрохирургической патологии, а также перенаправление на перинатальный консилиум в федеральное профильное учреждение, для уточнения диагноза и определения тактики ведения беременности.

4.5.2. При наличии показаний для прерывания беременности выдается направление:

- при сроке до 22 недель в гинекологическое отделение по месту проживания;
- в 22 недели и более в акушерский стационар согласно схеме маршрутизации, утвержденной Приказом Минздрава ЧР от 11.11.2013г. №248.

4.6. При проведении перинатального консилиума беременная женщина информируется о характере поражения плода, возможных исходах беременности, прогнозе для жизни и здоровья ребенка с заполнением соответствующих бланков приложения №9, №10, №11, №12.

ПРОТОКОЛ ПЕРИНАТАЛЬНОГО КОНСИЛИУМА

№___ от "___" _____ 20__ г.

Перинатальный консилиум Чеченской Республики рассмотрел случай течения беременности у
гражданки _____

(фамилия имя отчество)

Установлен диагноз: _____

Прогноз в данном случае был определен:

для жизни плода (ребенка) _____, для

здоровья _____

Перинатальный консилиум принял решение:

(продолгование беременности, место родоразрешения (региональные/федеральные клиники), способ родоразрешения,
тактика лечения ребенка после рождения)

С членами ее семьи в составе:

(указать степень родства)

проведена беседа о характере патологии плода, выявленной в процессе комплексного обследования, а
именно:

(указать характер выявленной патологии у плода)

Семья приняла решение:

(оформляется членами консилиума и подписывается беременной) и членами ее семьи)

Дата: [][] . [][] . [][][][] Г.

Председатель перинатального консилиума

(ФИО, подпись)

Члены перинатального консилиума (ФИО, подпись):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Профильные специалисты-консультанты

1. _____
2. _____
3. _____

Печать

(учреждение здравоохранения, направившее на консультацию)

НАПРАВЛЕНИЕ НА ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ КОНСИЛИУМ

Ф.И.О. _____

Возраст _____ | | лет

(указать год рождения, полных лет)

Место жительства: _____

Диагноз: _____

Данные эхографического исследования с
приложением копии исследования: _____

Данные лабораторного исследования : _____

Цель консультации: _____

При себе иметь обменную карту с результатами обследования

Дата: | | . | | . | | | | г.

ФИО и подпись врача акушера-гинеколога

или врача ультразвуковой диагностики: _____

Отчет
женских консультаций о направлении беременных с врожденными аномалиями
на прерывание беременности

_____ за период _____ 20 ____ г.
(наименование учреждения) (месяц)

| Всего встало на учет женщин с ВПР: | из них, прервано беременностей | | | Число женщин, направленных на перинатальный консилиум в связи с отказом от прерывания беременности | Из них в сроке до 22 недель | Число беременных женщин, направленных на перинатальный консилиум в сроки 22 и более недель |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|
| | В сроке беременности 14 недель | В сроке беременности 22 недель | По хромосомной патологии | | | |
| | | | По нежизнеспособным ВПР | | | |
| | | | | | | |

Приказ МЗРФ от 10.09.1998 п №268 (ред. от 02.11.1999)

форма N 025-11/у-98

(наименование учреждения)

Извещение на ребенка с врожденными пороками развития

| | | | |
|--------------------------------|--|--------------------------------|--|
| Ф.И.О. матери | | Ф.И.О. ребенка | |
| Дата рождения матери | | Дата рождения ребенка | |
| Адрес матери | | Дата смерти | |
| Состояла в ЖК | | Место рождения | |
| Встала на учет | | Пол ребенка | |
| ВПР выявлен впервые | | Вес при рождении | |
| Беременность настоящая | | Живорожденный | |
| Роды по счету | | Близнецовость | |
| Срок гестации | | Выписан | |
| Беременности предыдущие | | Переведен в другое ЛПУ: | |
| Описание ВПР | | | |
| Диагноз | | | |
| Код по МКБ | | | |

Заведующая отд.
Зам. гл. врача
Главный врач

Дата:

(наименование учреждения)

Отчет
о реализации мероприятий по пренатальной (дородовой) диагностике
нарушений развития ребенка
за _____ 20__ год

| № | Месяца | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | Число родившихся детей с ВПР у женщин, прошедших обследование пренатальной (дородовой) диагностике нарушений развития | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Из них: не диагностированы при обследовании | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Число родившихся детей с ВПР у женщин, не прошедших обследование пренатальной диагностике нарушений развития | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Число умерших детей в возрасте от 0 до 1 года от ВПР | | | | | | | | | | | | |
| 5 | Из них: ВПР не был диагностирован до рождения. | | | | | | | | | | | | |
| 6 | Всего ВПР | | | | | | | | | | | | |

Заместитель главного врача:

Главный врач:

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ СПОСОБОМ**

Я,

Ф.И.О.(полностью)

подтверждаю, что приняла решение о прерывании беременности (аборт).

Я предупреждена, что не должна прибегать к подобному методу, если не уверена, что хочу прервать беременность. Я знаю, что прерывание беременности может осуществляться как медикаментозным, так и хирургическим методами. Я самостоятельно выбрала прерывание беременности с помощью препаратов мифепристон и мизопростол, как наиболее безопасный способ.

Я проинформирована врачом о нижеследующем:

- о сроке моей беременности, об отсутствии у меня противопоказаний к вынашиванию данной беременностью и рождению ребенка;
- о сути метода медикаментозного прерывания беременности;
- о том, что в процессе медикаментозного аборта могут отмечаться побочные эффекты (тошнота, рвота, диарея, боли внизу живота, но все эффекты временные).
- медикаментозный аборт сопровождается кровяными выделениями с половых путей, которые могут быть более сильными, чем во время обычной менструации.
- о необходимости прохождения медицинского обследования для контроля за состоянием моего здоровья в течение времени, пока аборт не завершится, в соответствии с назначениями лечащего врача.
- метод медикаментозного прерывания беременности включает: прием 1 таблетки или 3 таблеток мифепристона и, спустя 36-48 часов, прием 2 таблеток в сроке до 49 дней задержки или 4 таблеток в сроке от 49-63 дней задержки сокращающего матку препарата-мизопростола. Прием препаратов осуществляется в лечебном учреждении в присутствии врача.

Мне даны разъяснения:

- о том, что при условии строжайшего соблюдения соответствующих норм и правил в 2-5 % случаев медикаментозное прерывание беременности может не произойти, или процедура заканчивается неполным абортом (остатки плодного яйца, прогрессирующая беременность, кровотечение). В этих случаях я согласна прервать беременность инструментальным хирургическим способом.
 - я также предупреждена, что, если я решу сохранить беременность после приема препаратов для ее прерывания, то возможно рождение больного ребенка, и всю ответственность принимаю на себя.
 - о возможной необходимости приема дополнительных лекарственных препаратов в соответствии предписания лечащего врача;
 - о режиме поведения. В том числе половой жизни, в послеабортном периоде и возможных последствиях при его нарушении;
- О возможности и целесообразности использования в дальнейшем средств предупреждения нежелательной беременности.

Я, _____ (Ф.И.О. полностью), хочу прервать беременность медикаментозным способом. Я прочитала и понимаю все, о чем говорится в данном информационном согласии. На все свои вопросы я получила ответы. Я знаю, куда я могу обратиться в случае, если мне понадобится неотложная помощь.

Пациент (Ф.И.О.) _____ Подпись _____

Дата _____

Я свидетельствую, что разъяснил пациентке суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения медикаментозного аборта, дал ответы на все вопросы.

Врач (Ф.И.О.) _____
Подпись _____

Дата _____

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОВЕДЕНИЕ МАНУАЛЬНОЙ ВАКУУМНОЙ АСПИРАЦИИ В СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ ДО 10 НЕДЕЛЬ

Я, нижеподписавшаяся, _____, _____ года рождения в соответствии со статьями 20, 56 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 21 ноября 2011 г. № 323 настоящим подтверждаю свое согласие на проведение мне мануальной вакуумной аспирации (далее – МВА), то есть хирургической операции, и удаление плодного яйца (эмбриона человека), которая проводится под обезболиванием.

1. Я проинформирована врачом о нижеследующем:

- О сроке моей беременности, об отсутствии у меня противопоказаний к вынашиванию данной беременности и рождению ребенка;
- о смысле МВА и обезболивания и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу;
- о том, что данная медицинская помощь (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 МВА нет 100-процентной гарантии предотвращения возможных осложнений при проведении самой МВА 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 МВА 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:

- действия, назначаемых мне перед проведением и во время проведения операции, лекарственных препаратов и возможных осложнениях при их применении;
- основных этапах обезболивания;
- осложнениях непосредственно в момент проведения операции: осложнения анестезиологического пособия; травма и прободение матки с возможным ранением внутренних органов и кровеносных сосудов; кровотечение, что может потребоваться расширение объема операции вплоть до чревосечения и удаления матки и др.;
- возможных осложнениях и последствиях проведения МВА: 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 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 в послеродовом периоде; нервно-психические расстройства и др.

Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы. Мне разъяснена также альтернатива проведения мануальной вакуумной аспирации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с проведением МВА, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно принимаю решение о проведении мне мануальной ВА и возможности не прибегать к ней.

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

Дата _____

Я свидетельствую, что разъяснил(а) пациентке суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения мануальной вакуумной аспирации, дал(а) ответы на все вопросы.

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

Дата _____

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА НА
ПРОВЕДЕНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ СРОКЕ ДО 12
НЕДЕЛЬ**

Я, нижеподписавшаяся, _____

_____, _____ года рождения в соответствии со статьями 20, 56 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 21 ноября 2011 г. № 323 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 и не имею по этому поводу вопросов к медицинскому персоналу;
- о том, что данная медицинская помощь (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.

3. Мне даны разъяснения о:

- действии, назначаемых мне перед проведением и во время проведения операции, лекарственных препаратов и возможных осложнениях при их применении;
- основных этапах обезболивания;
- осложнениях непосредственно в момент проведения операции: осложнения анестезиологического пособия; травма и прободение матки с возможным ранением внутренних органов и кровеносных сосудов; кровотечение, что может потребоваться расширение объема операции вплоть до чревосечения и удаления матки и др.;
- возможных осложнениях и последствиях проведения операции: 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 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 в послеродовом периоде; нервно-психические расстройства и др.

Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы. Мне разъяснена также альтернатива проведения операции и возможности не прибегать к ней.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

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

Пациент _____
(фамилия, имя, отчество)

_____ (подпись)

Дата _____

Я свидетельствую, что разъяснил(а) пациентке суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения мануальной вакуумной аспирации, дал(а) ответы на все вопросы.

Врач _____
(фамилия, имя, отчество)

_____ (подпись)

Дата _____

ОТКАЗ ОТ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПО МЕДИЦИНСКИМ ПОКАЗАНИЯМ В СРОКЕ БОЛЕЕ 12 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ

Я, нижеподписавшаяся, _____

_____, _____ года рождения в соответствии со статьями 20, 56 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 21 ноября 2011 г. № 323 настоящим подтверждаю свое согласие на проведение мне искусственного прерывания беременности, то есть хирургической операции с разрушением и удалением плода которая проводится под обезболиванием (далее операция).

1. Я проинформирована врачом о нижеследующем:

- О сроке моей беременности - _____ недель;
(вписать прописью количество недель)
- Мне предложено прерывание беременности по медицинским показаниям;
- Мне было разъяснено, что прерывание беременности связано с введением мне лекарственных средств и проведением мне малоинвазивных хирургических вмешательств, направленных на удаление человеческого эмбриона из полости матки, возможно - путем его расчленения или проведения малого кесарева сечения (по медицинским показаниям);
- Мне лично врачом акушером-гинекологом

(фамилия и инициалы врача, наименование медицинского учреждения)

были разъяснены цель и характер проводимых мне вмешательств;

- Я предупреждена о возможных негативных последствиях и осложнениях прерывания беременности в сроке более 12 недель, включая:

- 1) механическую травму матки и шейки матки;
- 2) разрыв матки;
- 3) кровотечение;
- 4) нарушение свертываемости крови;
- 5) оставление остатков частей эмбриона, последа,
- 6) наличие гематометры (скопление сгустков крови в полости матки);
- 7) воспалительные заболевания матки, придатков;
- 8) эмболия;
- 9) анафилактический шок на лекарственные препараты;

- Я предупреждена о том, что вышеуказанные осложнения могут повлечь расширение объема вмешательства - вплоть до удаления матки, в том числе без моего согласия (в случае нахождения меня под действием наркоза;

- Я предупреждена о побочных явлениях, включая: повышение температуры и озноб, тошноту и рвоту, головную боль, диарею, боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей, нарушение менструального цикла, лактостаз (болезненное нагрубание молочных желез, связанное с образованием молока);

- Я предупреждена об отдаленных осложнениях прерывания беременности при сроке более 12 недель, включая:

- 1) хронические воспалительные процессы внутренних половых органов;
- 2) дисфункцию яичников с нарушением менструального цикла;
- 3) внематочную беременность;
- 4) бесплодие;
- 5) истмико-цервикальную недостаточность (несостоятельность шейки матки), при последующих беременностях, приводящую к самопроизвольному выкидышу;
- 6) аномалию родовой деятельности при последующих родах;
- 7) кровотечение при последующих родах;
- 8) постабортный синдром — стресс, депрессию, непроходящее чувство вины.

- Я отказываюсь от проведения прерывания беременности по медицинским показаниям.
- Я информирована лечащим врачом о степени риска, связанного с прерыванием беременности в сроке более 12 недель, вплоть до смертельного исхода.
- Я предупреждена о режиме поведения после прерывания беременности и возможных последствиях при его нарушении, а также при возможных болевых ощущениях.
- Я информирована о высоком риске перинатальной и младенческой смертности, инвалидности для моего ребенка в случае пролонгирования беременности при диагностированном врожденном пороке развития / хромосомной аномалии у моего ребенка.
- Я информирована о высоком риске развития тяжелых акушерских осложнений и их усугублении, материнской смертности и инвалидизации, высоком риске мертворождения и младенческой смертности в случае пролонгирования беременности при диагностированном у меня экстрагенитальном заболевании или патологии беременности, являющихся противопоказанием к вынашиванию беременности.
- Я понимаю, что вся ответственность за исход беременности и родов для меня и моего ребенка в полной мере возлагается на меня.
- Мне было предоставлено достаточно времени для ознакомления с данным документом, обдумывания полученной информации и принятия решения.
- Я прочитала и поняла все вышеизложенное и удовлетворена ответами на все мои вопросы и добровольно отказываюсь от прерывания беременности по медицинским показаниям в сроке более 12 недель беременности для сохранения беременности и рождения ребенка.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

Получив полную информацию о возможных последствиях и осложнениях в связи с отказом от прерывания беременности по медицинским показаниям в сроке более 12 недель беременности, я подтверждаю, что мне понятен смысл всех терминов, на меня не оказывалось давление, и я осознанно приняла решение.

Пациент _____
(фамилия, имя, отчество)

(подпись)

Дата _____

Я свидетельствую, что разъяснил(а) пациентке суть отказа от прерывания беременности по медицинским показаниям в сроке более 12 недель беременности, дал(а) ответы на все вопросы.

Врач _____
(фамилия, имя, отчество)

(подпись)

Дата _____