

Приложение  
к приказу Министерства  
здравоохранения РФ от  
7 апреля 2016 г. № 216н

**Информированное добровольное согласие  
на проведение искусственного прерывания беременности по желанию  
женщины**

Я, нижеподписавшаяся, \_\_\_\_\_,  
года рождения в соответствии со статьями 20 и 56 Федерального  
закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в  
Российской Федерации» настоящим подтверждаю свое согласие на проведение мне  
искусственного прерывания беременности (нужное подчеркнуть):

медикаментозным методом;

путем хирургической операции с разрушением и удалением плодного яйца (эмбриона  
человека), которая проводится под обезболиванием.

1. Перед направлением на искусственное прерывание беременности мне  
предоставлено время для обдумывания и принятия окончательного решения в  
течение (нужное подчеркнуть):

48 часов;

7 дней\*.

В течение указанного периода:

я проинформирована о сроке моей беременности, об отсутствии у меня медицинских  
противопоказаний к вынашиванию данной беременности и рождению ребенка;

мне проведено/не проведено (нужное подчеркнуть) ультразвуковое исследование  
(далее - УЗИ) органов малого таза, в процессе которого продемонстрировано  
изображение эмбриона и его сердцебиение (при наличии сердцебиения)\*\*:  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. (указать дату проведения согласно отметке в медицинской  
документации или дату отказа от медицинского вмешательства, оформленного в  
установленном порядке);

я проконсультирована психологом (медицинским психологом, специалистом по  
социальной работе) по вопросам психологической и социальной поддержки.

2. Я проинформирована врачом-акушёром-гинекологом:

о том, что имею право не делать искусственное прерывание беременности и не  
прерывать беременность;

о том, что при условии строжайшего соблюдения правил проведения искусственного  
прерывания беременности могут возникнуть следующие осложнения:

после проведения искусственного прерывания беременности, в том числе в качестве отдаленных последствий:

бесплодие;

хронические воспалительные процессы матки и (или) придатков матки; нарушение функции яичников; тазовые боли; внематочная беременность; невынашивание беременности; различные осложнения при вынашивании последующей беременности, и в родах - преждевременные роды, различные осложнения родовой деятельности, кровотечение в родах и (или) послеродовом периоде; психические расстройства; опухолевые процессы матки;

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 повторного оперативного вмешательства, не исключая удаления придатков матки и матки;

во время проведения искусственного прерывания беременности:

осложнения анестезиологического пособия;

травма и прободение матки с возможным ранением внутренних органов и кровеносных сосудов;

кровотечение, что может потребовать расширения объема операции вплоть до чревосечения и удаления матки, хирургического вмешательства на внутренних органах.

3. Мне даны разъяснения врачом-акушером-гинекологом о:

механизме действия назначаемых мне перед проведением и во время проведения искусственного прерывания беременности лекарственных препаратов для медицинского применения и возможных осложнениях при их применении;

основных этапах обезболивания;

необходимости прохождения медицинского обследования для контроля за состоянием моего здоровья после проведения искусственного прерывания беременности;

необходимости приема лекарственных препаратов для медицинского применения в соответствии с назначениями лечащего врача;

режиме поведения, в том числе половой жизни, гигиенических мероприятий после проведения искусственного прерывания беременности и возможных последствиях в случае несоблюдения рекомендаций;

методах предупреждения нежелательной беременности;

сроках контрольного осмотра врачом-акушером-гинекологом.

4. Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы. Мне разъяснены возможность не прибегать к

искусственному прерыванию беременности и предпочтительность сохранения и вынашивания беременности и рождения ребенка.

## 5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

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

Пациент \_\_\_\_\_ (подпись)  
(фамилия, имя, отчество)

Дата «\_\_» 20\_\_ г.

6. Я свидетельствую, что разъяснил пациентке суть, ход выполнения, негативные последствия проведения искусственного прерывания беременности, возможность не прибегать к нему и предпочтительность вынашивания беременности и рождения ребенка, дал ответы на все вопросы.

7. Подтверждаю, что рекомендовал пациентке проведение УЗИ органов малого таза для демонстрации изображения эмбриона и его сердцебиения (при наличии сердцебиения).

Врач-акушер-гинеколог \_\_\_\_\_ (подпись)  
(имя, отчество, фамилия)

Дата «\_\_» 20\_\_ г.

\* Часть 3 статьи 56 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

\*\* Пункт 106 Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. № 572н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 2 апреля 2013 г., регистрационный № 27960), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17 января 2014 г. № 25н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 19 марта 2014 г., регистрационный № 31644), от 11 июня 2015 г. № 333н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 10 июля 2015 г., регистрационный № 37983) и от 12 января 2016 г. № 5н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 10 февраля 2016 г., регистрационный № 41053).