



טופס הסכמה להפסקת הריון
בשליש הראשון של הריון

Бланк согласия на прерывание беременности в первом триместре

VACUUM / CURETTAGE OF UTERUS FOR TERMINATION OF PREGNANCY (D&C) IN FIRST TRIMESTER

В ходе процедуры по прерыванию беременности шейку матки раскрывают, и с помощью вакуума и выскабливания от стенки матки отделяют плодное яйцо и плаценту. В большинстве случаев процедура проводится под полным наркозом.

Я заявляю и подтверждаю, что мне было дано объяснение о других возможных методах лечения при данных обстоятельствах, включая все перспективы и риски, связанные с каждым из этих процессов.

Я заявляю и подтверждаю, что мне известно о побочных эффектах после основной процедуры, в том числе: боль в животе, дискомфорт и легкое кровотечение. Данные явления пройдут сами по себе в течение нескольких дней.

Кроме того, я осведомлен/а о возможных опасностях и осложнениях, включая возможность перфорации матки и необходимость экстренной операции, а также возможность ранней или поздней инфекции.

Мне было дано объяснение о возможных поздних осложнениях, в том числе: нарушения менструального цикла, внематочная беременность, недостаточность шейки матки, в результате чего возможны повторяющиеся выкидыши и/или преждевременные роды, и что может потребовать наложения швов на шейку матки во время беременности в будущем. Кроме того, существует вероятность нарушений прикрепления плаценты и/или воспалений, которые в будущем могут нанести ущерб детородной функции.

Мне было дано объяснение о важности контрольного осмотра через две недели после основной процедуры, чтобы удостовериться, что беременность была прервана, как планировалось.

Мне было объяснено, что во время контрольного осмотра могут быть обнаружены остатки плодного яйца, что потребует дополнительное выскабливание полости матки.

Я даю свое согласие на проведение данной основной процедуры.

Кроме того, я заявляю и подтверждаю, что мне было объяснено, и что я понимаю, что существует вероятность того, что в ходе выполнения основной процедуры выяснится, что потребуется выполнить ее в большем объеме, изменить ее или предпринять другие или дополнительные шаги для спасения жизни или предотвращения телесного ущерба, включая дополнительные хирургические действия, которые на данный момент невозможno предвидеть с уверенностью или полностью, но смысл которых мне был объяснен. Поэтому я даю свое согласие на это расширение объема, изменение или принятие других или дополнительных шагов, включая хирургические действия, которые, по мнению врачей, работающих в медицинском учреждении, потребуются или будут необходимы во время проведения основной процедуры.

Подпись женщины / חותמת האישה: _____



Мне было объяснено, что основная процедура будет проводиться под общей анестезией и объяснение об анестезии будет дано мне анестезиологом.

Также есть возможность проведения процедуры под местной анестезией - после того, как мне были разъяснены возможные осложнения местной анестезии, в том числе: аритмия, снижение артериального давления и аллергическая реакция разной степени выраженности на препараты анестезии.

Мне известно, и я согласен/а с тем, что основная процедура и все другие процедуры будут выполнены теми, кому они будут поручены согласно правилам и инструкциям лечебного учреждения, и что мне не обещано, что они будут выполнены полностью или частично определенным человеком, при условии, что они будут проведены с принятой ответственностью в лечебном учреждении в рамках закона.

Я, нижеподписавшийся / нижеподписавшаяся, осведомлен/а о том, что во время моей выписки врача, который меня оперировал, возможно, не будет в больнице. В таком случае я даю свое согласие на то, чтобы другой врач провел процедуру выписки вместо него.

Имя женщины: _____
(שם האישה) _____
Фамилия / שם משפחה /
Имя / שם פרטי /
Отчество / שם האב /
Номер уд. личности / .т.л
שם זהותם / .ת.ל

Я заявляю и подтверждаю, что получил/а
подробное устное объяснение от доктора (ד"ר) _____
שם המשפחה /
שם פרטי /
о прерывании беременности (далее: основная процедура).

Дата / תאריך _____
Время / שעה _____
Подпись женщины / חתימת האישה /

Имя опекуна (степень родства) /
שם האפוטרופו (קרבה)
Подпись опекуна (в случае неправоспособного, несовершеннолетнего или
חותימת האפוטרופו (במקרה של פול דין, קtin או חולה נפש) /
שם האפוטרופו

Я подтверждаю, что устно объяснил/а женщина (לאישה) / опекуну женщины (האישה)* приведенную выше информацию с требуемым уровнем подробности, и что она/он поставил/а свою подпись на бланке согласия в моем присутствии после того, как я убедился/лась, что он/а полностью понял/а мои объяснения.

אני מאשר/ת כי הסברתי בעלפה לאישה / לאפוטרופו של האישה* את כל האמור לעיל בפירות הדרש וכי הוא/ היא חתום/ה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעת/י הבין/ה את הסבר הבלתי אמת.

Имя врача / שם הרופא/ה _____
Подпись / חתימה _____
Номер лицензии / מס' רישיון /

*Ненужное зачеркнуть (מחק/י את המיתר)