



Заявление о прерывании беременности хирургическим путем

Прерывание беременности

Прерывание беременности представляет собой удаление плодного яйца из полости матки хирургическим путем или посредством приёма лекарственных препаратов.

Условия прерывания беременности

Прерывание беременности регулируется Законом о прерывании беременности и стерилизации.

Прерывание беременности осуществляется по желанию женщины. Прерывание беременности производится на основании письменного заявления. В соответствии с п.4 ст.766 Обязательственно-правового закона, беременность женщины с ограниченной дееспособностью может быть прервана по ее собственному согласию или с согласия законного представителя. Беременность может быть прервана, если ее продолжительность составляет менее 12 недель. По медицинским показаниям беременность может быть прервана, если ее продолжительность составляет менее 22 недель.

Осмотр и исследования

Перед процедурой необходимо прийти на приём к врачу или акушерке. Вас проконсультируют относительно возможных методов прерывания беременности и проведут следующие исследования:

- * гинекологический осмотр;
- * ультразвуковое исследование для определения срока беременности;
- * анализы из шейки матки для выявления возможных инфекций;
- * определение группы крови и резус-фактора.

Для безопасного прерывания беременности и снижения риска осложнений вы должны проинформировать своего врача или акушерку о состоянии своего здоровья; обо всех заболеваниях и постоянно принимаемых лекарствах; О повышенной чувствительности на лекарственные препараты, о которых вам известно.

Перед процедурой

Утром в день проведения процедуры нельзя ни есть, ни пить;

- * необходимо принять лекарства, которые вы принимаете ежедневно, если вы страдаете хроническими заболеваниями (например, повышенное артериальное давление или астма) и вам назначено лечение. Пара глотков воды, чтобы запить лекарство, допустима и безопасна. Исключение составляют лекарства от диабета, которые не принимают на голодный желудок;
- * не жуйте жевательную резинку и не курите.

Перед процедурой опорожните мочевой пузырь.



Ход процедуры

Прерывание беременности хирургическим путем производится через влагалище и, как правило, под наркозом. Прежде всего проводится гинекологический осмотр, чтобы определить величину и положение матки. Затем дается кратковременный наркоз.

Шейку матки расширяют при помощи инструментов, и специальным инструментом удаляют плодное яйцо из полости матки.

Возможные осложнения

В ходе процедуры могут произойти:

- * повреждение матки или шейки матки. Опасность повреждений повышается, если женщина ранее не рожала, если у нее имеются аномалии развития матки (например, перегородка матки) или полость матки деформирована из-за миоматозного узла (миоматозных узлов). В случае повреждения стенки матки Вам может потребоваться операция;

- * вызванные наркозом осложнения: аллергические реакции на лекарства, побочные действия веществ, используемых при наркозе; осложнения, связанные с дыханием и опасность попадания содержимого желудка в дыхательные пути.

После процедуры могут возникнуть:

- * кровотечение, вызванное недостаточной сократительной функцией матки. Для остановки кровотечения используются препараты для сокращения матки;

- * необходимость в переливании крови;

- * задержка крови и/или частей плодного яйца в полости матки. В обоих случаях необходимо вновь расширить шейку матки и заново очистить полость матки;

- * боли в нижней части живота;

- * воспаление матки и органов малого таза, при котором необходимо антибактериальное лечение. Риск возникновения воспаления значительно выше, если имеются возбудители инфекций, передающихся половым путем.

Бесплодие является осложнением, проявляющимся позднее. В большинстве случаев оно связано с возникшим после прерывания беременности воспалением.

После процедуры

Если у вас отрицательный резус-фактор крови, то непосредственно после прерывания беременности вам будет введено лекарство (Rhesonativ).

После процедуры вы останетесь под наблюдением в больнице не менее 2 часов. Домой вы сможете пойти после того, как сестра удалит канюлю из вены и даст вам выписку из истории болезни (эпикриз). На день проведения процедуры вы имеете право получить лист нетрудоспособности.

В течение 24 часов вам нельзя водить автомобиль и совершать другие действия, требующие быстрой реакции, так как использованные при наркозе препараты могут замедлить скорость реакции.

В течение пары недель после прерывания беременности из влагалища могут выделяться кровянистые выделения. Поэтому в это время не рекомендуется:

- * использовать тампоны;

- * принимать ванну, посещать паровую баню или бассейн;

- * в течение двух недель жить половой жизнью без презерватива;

- * переохлаждаться.

Время посещения врача после прерывания беременности назначает и согласовывает гинеколог.



При возникновении обильного кровотечения, повышения температуры тела (выше 38 ° C), сильной боли внизу живота, неприятного запаха или гнойных выделений из влагалища немедленно обратитесь в приёмный покой Женской клиники Ида-Таллиннской центральной больницы (работает круглосуточно).

При подозрении на продолжающуюся беременность (повышенная чувствительность и увеличение груди, тошнота, рвота, усталость, изменение аппетита, учащенное мочеиспускание) необходимо сделать тест на беременность и при первой возможности пойти на прием к гинекологу.

Новая ожидаемая менструация должна начаться через 4-5 недель после прерывания беременности. Если менструация не началась, обратитесь к гинекологу или акушерке для выяснения причин.

Прерывание беременности не исключает возможность того, что в следующий за прерыванием беременности месяц женщина может снова забеременеть, поэтому во избежание новой беременности сразу после аборта нужно начать использовать эффективные методы контрацепции. В большинстве случаев лучше использовать гормональные противозачаточные средства (гормональные таблетки, мини-пили, пластырь, вагинальное кольцо, имплантат, вводимые в виде инъекций прогестагены) начинают уже в день проведения аборта. Во время аборта врач может установить внутриматочное противозачаточное средство. Вы можете получить консультацию о наиболее подходящем для вас противозачаточном средстве у гинеколога или акушерки.

Средство контрацепции согласовано	да	нет
Средство контрацепции выписано	да	нет

Я, (пациентка, представитель пациентки), подтверждаю, что медицинский работник проинформировал меня о моем / пациентки (имя и фамилия пациентки) состоянии здоровья, мне разъяснены биологическая и медицинская суть прерывания беременности, а также связанные с ней риски, в том числе возможные осложнения. Мне сообщено о возможности психологической и иной необходимой консультации.

Меня известили о том, что в ходе процедуры может возникнуть необходимость в изменении объёма процедуры.

Мне разъяснено, что в ходе процедуры или непосредственно после нее может возникнуть необходимость в переливании препаратов крови. Я проинформирована о необходимости переливания препаратов крови, а также о сопутствующих этому рисках, мне также сообщено о рисках, связанных с отказом от переливания препаратов крови.

При наличии показаний **согласна/не согласна** (нужное подчеркнуть) с переливанием препаратов крови.

Я проинформирована о том, что если я откажусь от переливания препаратов крови, но его непроведение может привести к причинению тяжкого вреда здоровью или к летальному исходу, переливание препаратов крови будет произведено несмотря на отказ.

Я согласна / не согласна (нужное подчеркнуть), чтобы при проведении процедуры могут в образовательных целях присутствовать студенты и лица, принимающие участие в курсах повышения квалификации.

Я подтверждаю, что мне была предоставлена возможность задавать вопросы о предстоящей процедуре и я поняла полученные ответы.

Мне известно, что проведение процедуры не всегда гарантирует достижение ожидаемого результата.

Мне объяснили, что, подписав настоящее заявление, я не лишаюсь права задавать врачу или акушерке дополнительные вопросы относительно процедуры и получать дополнительные разъяснения.

Мне объяснили, что я могу в любое время отозвать свое согласие, оформив для этого письменное заявление.

Заявляю о своём желании прервать беременность и даю на это свое согласие, подтверждая это собственноручной подписью.

Дата

Подпись

(пациент / законный

представитель пациента)

Я, , подтверждаю, что разъяснил пациенту и / или законному представителю пациента понятным ей/ему образом биологическую и медицинскую сущность прерывания беременности, а также связанные с этим риски, в том числе возможные осложнения.

Дата

Подпись

Штамп

Согласие оформлено в двух экземплярах, один из которых остается в оказывающем услугу медицинском учреждении, а другой получает пациентка.