****

**Информированное добровольное согласие на проведение программированных родов и индукцию родовой деятельности**

Я, пациент (ФИО)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, карта пациента № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

|  |
| --- |
| *Заполняется законными представителями несовершеннолетних в возрасте до 15 лет,*  *несовершеннолетних больных наркоманией в возрасте до 16 лет*  Я, нижеподписавшийся (аяся) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка или лица, признанного недееспособным \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения (далее - пациент) |

в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования граждан Российской Федерации, проживающих в Свердловской области, желаю получить медицинские услуги в Обществе с ограниченной ответственностью «Европейский медицинский центр «УГМК-Здоровье» (далее – «Медицинский центр») при этом мне разъяснена и мною осознана следующая информация:

1. Я получила от сотрудников Медицинского центра полную информацию о возможности и условиях предоставления мне бесплатных медицинских услуг в рамках программ получения бесплатной медицинской помощи в других медицинских организациях Свердловской области.
2. Добровольно даю свое согласие на проведении мне программированных родов и индукцию родовой деятельности.
3. Я поставила в известность врача обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех перенесенных мною (представляемым) и известных мне травмах, операциях, заболеваниях, в т.ч. носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на меня (представляемого) во время жизнедеятельности, принимаемых лекарственных средствах, проводившихся ранее переливаниях крови и ее компонентов. Сообщила правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

Методы индукции:

* антигормоны (мифепристон) для размягчения шейки матки, прием таблетки внутрь, двухкратно, с интервалом в 24 часа. При отсутствии спонтанной родовой деятельности в течение 48 – 72 часа проводится повторный осмотр родовых путей для решения вопроса о применении другого способа подготовки или о родостимуляции;
* механические средства (палочки ламинарии, гигроскопический расширитель цервикального канала, катетер Фолея) применяются для механического размягчения (расширения) шейки матки;
* при зрелой шейке матки может быть предложено проведение амниотомии (инструментальное вскрытие плодного пузыря).

1. Я информирована и даю свое согласие на проведение программированных родов и индукцию родовой деятельности способом родовозбуждения амниотомией (инструментальное вскрытие плодного пузыря) по показаниям\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
2. Я информирована, что в 12 – 15 % случаев подготовка шейки матки и родовозбуждение могут быть неэффективными, что потребует пересмотра тактики родоразрешения в пользу кесарева сечения. Я понимаю, что неудачи при индукции родовой деятельности, могут быть связаны с моими индивидуальными особенностями и состоянием моего здоровья. Я информирована, что имеются определенные риски для меня и моего ребенка при проведении индукции родовой деятельности, что может потребовать дополнительных манипуляций, в том числе проведения кесарева сечения:

* гиперстимуляция матки (частые продолжительные схватки) – редко;
* преждевременная отслойка плаценты, кровотечение – редко;
* увеличение риска инфекции вследствие необходимости повторной оценки состояния родовых путей;
* неудовлетворительный прогресс родов или отсутствие эффекта от родовозбуждения;
* нарушение частоты сердцебиения плода, появление мекония в водах вследствие гиперстимуляции матки;

выпадение петель пуповины при вскрытии плодного пузыря – очень редко;

незрелость ребенка при родах раннее 39 недель беременности, что может потребовать наблюдение ребенка после родов в палате интенсивной терапии, реанимации.

1. Я осознаю, что риск продолжения беременности при наличии следующих показаний выше, чем риск программированных родов, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Мне была предоставлена возможность задать вопросы о тактике ведения родов, врач дал понятные мне исчерпывающие ответы. Я ознакомлена и согласна со всеми пунктами настоящего документа, положения которого мне разъяснены, мною поняты и добровольно даю свое согласие на проведение программированных родов и индукцию родовой деятельности.
3. О состоянии моего здоровья разрешаю сообщать:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Законный представитель несовершеннолетнего пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящее информированное добровольное согласие составлено в соответствии со ст.ст. 13, 20 ФЗ «Об основах охраны граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011 г.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Врач |  |  |  | Дата |  |
|  | (фамилия, имя, отчество) |  | (подпись) |  |  |