



Медицинский Центр

Гилель-Яффе

**Форма согласия: Стимуляция родов посредством простагландина E2
INDUCTION OF LABOR BY PGE₂**

Простагландин E2 является препаратом, применяемым в виде таблеток, вагинального геля или раствора для стимуляции родовых схваток в случаях, когда не происходит естественного развития родов.

Имя и фамилия роженицы:

Фамилия	Имя	Имя отца	Удостоверение личности
---------	-----	----------	------------------------

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получила подробное устное объяснение от д-ра:

Фамилия	Имя
---------	-----

о стимуляции родов посредством простагландина E2 (далее: «основное лечение»).

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что мне было предоставлено объяснение о возможных альтернативных методах лечения в сложившихся обстоятельствах, их побочных эффектах, а также о перспективах и рисках, связанных с каждой из этих процедур.

Мне объяснили, что основной целью лечения является размягчение шейки матки и вызывание схваток, а также о существовании вероятности неудачной стимуляции родов.

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что меня проинформировали о возможных побочных эффектах основного лечения, в том числе о тошноте, рвоте, диарее, головных болях и сужении бронхов (бронхоспазме).

Мне также сообщили о возможных рисках и осложнениях, в том числе: о появлении частых и сильных сокращений матки, требующих лекарственного лечения, об изменениях сердечного ритма плода; о гиперчувствительной реакции на простагландины, проявляющейся в изменениях артериального давления и об угнетении дыхания. Мне сообщили о редкой возможности разрыва матки, который потребует кесарева сечения для спасения плода и устранения разрыва, а в редких случаях и гистерэктомии (удаления матки). Мне объяснили, что разрыв матки может привести к рождению дефектного плода или к смерти плода.

Настоящим я даю своё согласие на проведение основного лечения.

Я знаю и согласна с тем, что основное лечение и все другие процедуры будут проводиться теми, кому они будут поручены в соответствии с правилами и инструкциями больницы, и мне не гарантируется, что они будут полностью или частично проводиться определённым лицом, при условии, что они будут выполняться с принятой в больнице ответственностью в соответствии с законом.

Дата	Время	Подпись роженицы
------	-------	------------------

Имя и фамилия опекуна (степень родства)

Подпись опекуна (в случае с некомпетентными, несовершеннолетними или душевнобольными)



Медицинский Центр
Гилель-Яффе

Я подтверждаю, что объяснил/а роженице/опекуну роженицы* всё вышеизложенное с необходимыми подробностями, и что она в моём присутствии подписала своё согласие после того, как я убедился/ась, что она в полной мере поняла мои объяснения.

Имя и фамилия врача (печать)

Подпись врача

Дата и время