



ДЕПАРТАМЕНТ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

ПРИКАЗ

« 08 » ноября 2013г.

№ 1564

Об искусственном прерывании
беременности медикаментозным методом
по медицинским или социальным показаниям
во II триместре беременности

В целях профилактики материнской смертности, тяжелых осложнений при проведении искусственного прерывания беременности медикаментозным методом по медицинским или социальным показаниям во II триместре беременности до 22 недель гестации

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Клинический протокол «Ведение больных при искусственном прерывании беременности медикаментозным методом по медицинским или социальным показаниям во II триместре беременности до 22 недель гестации» (приложение 1);

1.2. информированное добровольное согласие на проведение искусственного прерывания беременности медикаментозным методом по медицинским или социальным показаниям во II триместре беременности до 22 недель гестации (приложение 2).

2. Рекомендовать руководителям органов местного самоуправления муниципальных районов и городских округов, осуществляющих полномочия в сфере охраны здоровья, руководителям областных, ведомственных (по согласованию) медицинских организаций:

2.1. организовать проведение искусственного прерывания беременности медикаментозным методом по медицинским или социальным показаниям медикаментозным методом во II триместре беременности до 22 недель гестации;

2.2. обеспечить наличие Клинических протоколов «Ведение больных при искусственном прерывании беременности медикаментозным методом по медицинским или социальным показаниям во II триместре беременности до

22 недель гестации» в каждом подведомственном учреждении здравоохранения;

2.3. ознакомить с Клиническими протоколами «Ведение больных при искусственном прерывании беременности медикаментозным методом по медицинским или социальным показаниям во II триместре беременности до 22 недель гестации» под роспись всех врачей акушеров – гинекологов, анестезиологов-реаниматологов, врачей других специальностей, участвующих в оказании медицинской помощи женщинам;

2.4. обеспечить использование Клинических протоколов «Ведение больных при искусственном прерывании беременности медикаментозным методом по медицинским или социальным показаниям во II триместре беременности до 22 недель гестации» при оказании медицинской помощи женщинам.

3. Ответственность за исполнением приказа возложить на руководителей органов местного самоуправления муниципальных районов и городских округов, осуществляющих полномочия в сфере охраны здоровья, руководителей областных, ведомственных (по согласованию) медицинских организаций.

4. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя начальника департамента Е.М. Зеленину.

Начальник департамента

В.К. Цой

Департамент охраны здоровья населения Кемеровской области
ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кемеровская региональная общественная организация
«Ассоциация врачей акушеров-гинекологов»

«УТВЕРЖДАЮ»

Начальник Департамента охраны
здоровья населения Кемеровской области
В.К. Цой

« 08 » ноября 2013г.

Клинический протокол

**«Ведение больных при искусственном прерывании
беременности медикаментозным методом
по медицинским или социальным показаниям во II
триместре беременности до 22 недель гестации»**

Кемерово 2013

Клинический протокол «Ведение больных при искусственном прерывании беременности медикаментозным методом по медицинским или социальным показаниям во II триместре беременности до 22 недель гестации» рассмотрен и утвержден Советом Кемеровской региональной общественной организацией «Ассоциация врачей акушеров-гинекологов».

Президент Ассоциации

проф. Н.В. Артымук

06 ноября 2013г.

Клинические протоколы разработаны:

Артымук Н.В. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии № 2 ГБОУ ВПО «Кемеровская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Данилова Лариса Николаевна – заведующая гинекологическим отделением ГБУЗ КО «Областной клинический перинатальный центр имени Л.А. Решетовой», г.Кемерово

Зеленина Е.М. – заместитель начальника департамента охраны здоровья населения Кемеровской области, к.м.н.

Копытина Наталья Валерьевна – заместитель директора по клинико-экспертной работе ГБУЗ КО «Областной клинический перинатальный центр имени Л.А. Решетовой», г.Кемерово, к.м.н.

Рецензенты:

Дикке Г.Б. – д.м.н., профессор кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета повышения квалификации медицинских работников ФГБОУ ВПО «Российский университет дружбы народов Министерства образования и науки Российской Федерации», заслуженный деятель науки и образования.

Кабакова Т.В. – главный областной специалист по акушерству и гинекологии.

Клинические протоколы включают последовательность действий врачей при проведении искусственного прерывания беременности медикаментозным методом по медицинским или социальным показаниям во II триместре беременности до 22 недель гестации. Клинические протоколы разработаны для врачей акушеров-гинекологов и слушателей циклов последипломного образования.

© Коллектив авторов, 2013

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ «ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПРИ ИСКУССТВЕННОМ ПРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ МЕТОДОМ ПО МЕДИЦИНСКИМ ИЛИ СОЦИАЛЬНЫМ ПОКАЗАНИЯМ ВО II ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ДО 22 НЕДЕЛЬ ГЕСТАЦИИ»

1. Модель пациентки

Категория возрастная: девочки-подростки, женщины фертильного возраста

Нозологическая форма: маточная беременность в сроке до 21 недели беременности включительно

Код по МКБ-10: O04.9

Условие оказания: стационарная помощь (гинекологическое отделение муниципального или государственного учреждения здравоохранения, имеющего возможность оказания специализированной, в том числе реанимационной, помощи женщине, при обязательном наличии специалистов соответствующего профиля, по которому определены показания для искусственного прерывания беременности).

1.1. Критерии и признаки, определяющие модель пациентки

- Наличие показаний для прерывания беременности по медицинским или социальным показаниям во II триместре беременности до 22 недель гестации в соответствии с действующим законодательством, нормативными актами Правительства Российской Федерации, Министерства здравоохранения Российской Федерации.

- Отсутствие противопоказаний для прерывания беременности медикаментозным способом.

- Желание женщины прервать беременность медикаментозным способом.

Срок беременности определяют по дате последней менструации, результатам объективного исследования и УЗИ.

- результаты УЗИ в первом триместре (оптимально в 11-14 недель) - более точный метод установления срока беременности, чем по дате последней менструации (1a);

- если различие между сроком по менструации и результатами УЗИ, проведенного в первом триместре, составляет более 5 дней, или более 10 дней во втором триместре, то срок беременности следует рассчитывать по результатам ультразвукового исследования (1b).

- при наличии результатов УЗИ в первом и втором триместре, срок рассчитывают по более раннему (1b).

1.2. Порядок включения пациентки в протокол

Состояние пациентки, удовлетворяющее критериям и признакам диагностики данной модели при отсутствии противопоказаний для использования метода медикаментозного прерывания беременности во II триместре беременности до 22 недель гестации.

Противопоказания для медикаментозного прерывания беременности во II триместре беременности до 22 недель гестации:

- острая и хроническая надпочечниковая недостаточность,
- острая и хроническая печеночная недостаточность,
- наследственные порфирии,
- аллергия к любому из применяемых препаратов.

1.3. Требования к диагностике

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество
B01.001.01	Прием (осмотр, консультация) врача-гинеколога первичный	1	1
A01.20.001	Сбор анамнеза и жалоб в гинекологии	1	1
A01.20.002	Визуальное исследование в гинекологии	1	1
A01.20.003	Пальпация в гинекологии	1	1
A02.20.001	Осмотр шейки матки в зеркалах	1	1
A02.03.001	Термометрия общая	1	1
A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	1
A02.12.001	Исследование пульса	1	1
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	1
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	1
A 04.30.001	Ультразвуковое исследование плода	1	1
A09.20.001	Микроскопическое исследование влагалищных мазков	1	1
A11.20.006	Получение влагалищного мазка	1	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови с помощью анализатора	1	1
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	1	1
A09.05.002	Оценка гематокрита	1	1
A08.05.004	Исследование уровня лейкоцитов в крови	1	1
A08.05.005	Исследование уровня тромбоцитов в крови	1	1
A08.05.006	Соотношение лейкоцитов в крови (подсчет формулы крови)	1	1
A11.05.001	Взятие крови из пальца	0,5	1
A11.12.009	Взятие крови из периферической вены	0,5	1

A09.05.050	Исследование уровня фибриногена в крови	1	1
A09.05.047	Исследование уровня антитромбина III в крови	1	1
A12.05.042	Определение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ)	1	1
A12.05.027	Определение протромбинового времени в крови или плазме	1	1
A12.05.028	Определение тромбинового времени в крови	1	1
A12.05.005	Исследование основных групп крови (А,В,0)	1	1
A12.05.006	Определение резус-принадлежности	1	1

Перед проведением процедуры медикаментозного аборта необходимо подтвердить срок беременности путем бимануального обследования, общего акушерского обследования и ультразвукового исследования, а также провести общее физикальное обследование, включающее общую термометрию, подсчет частоты сердечных сокращений и измерение артериального давления.

1.4. Характеристика алгоритма и особенностей выполнения медикаментозного прерывания беременности во II триместре беременности до 22 недель гестации

Код	Наименование	Частота предоставления	Среднее количество во
V01.001.001	Прием (осмотр, консультация) врача-гинеколога первичный	1	1
V01.001.006	Ежедневный осмотр врача-акушера-гинеколога, с наблюдением и уходом среднего и младшего персонала в отделении стационара	1	3
V01.003.001	Осмотр (консультация) врачом-анестезиологом-реаниматологом первичный	0,4	1
V01.003.004	Анестезиологическое пособие	0,4	1
V01.003.004.009	Тотальная внутривенная анестезия	0,4	1
A16.20.079	Вакуум-аспирация эндометрия	0,4	1
A16.20.005.001	Расширение шейного канала	0,05	1
A16.20.072	Плодоразрушающая операция	0,05	1
A01.20.001	Сбор анамнеза и жалоб в гинекологии	1	1
A01.20.002	Визуальное исследование в гинекологии	1	2
A01.20.003	Пальпация в гинекологии	1	1
A25.20.001	Назначение лекарственной терапии при заболеваниях женских половых органов	1	3
A11.02.002	Внутримышечное введение лекарственных средств и растворов	0,5	1
A 02.31.001	Термометрия общая	1	6

A 02.09.001	Измерение частоты дыхания	1	3
A02.10.002	Измерение частоты сердцебиения	1	6
A02.12.002	Измерение артериального давления на периферических артериях	1	6
A11.05.001	Взятие крови из пальца	0,4	1
A08.05.003	Исследование уровня эритроцитов в крови	0,4	1
A09.05.002	Оценка гематокрита	0,4	1
A09.05.003	Исследование уровня общего гемоглобина в крови	0,4	1

2. Этапы медикаментозного прерывания беременности во II триместре

2.1. Основанием для проведения процедуры прерывания беременности медикаментозным способом во II триместре беременности является решение консилиума врачей, либо заключение врачебной комиссии (выданного территориальной медицинской организацией) о наличии медицинских или социальных показаний для прерывания беременности.

2.2. Предварительное обследование пациентки, направленной для прерывания беременности медикаментозным способом, проводится в амбулаторных условиях в соответствии с таблицей 1.3. При невозможности обследования на амбулаторном этапе – обследование провести в условиях стационара.

2.3. Во время первичного приема врачом-акушером-гинекологом стационара проводится беседа с пациенткой о целесообразности прерывания беременности и об особенностях действия препаратов. Пациентку информируют о порядке прерывания беременности медикаментозным методом, сути метода, симптомах, возможных вариантах течения аборта.

2.4. Врачом-акушером-гинекологом проводится оценка анамнестических данных, объективного обследования и лабораторных анализов с целью установления отсутствия противопоказаний для использования метода, проводится гинекологическое исследование.

2.5. Врач получает подтверждение пациентки о желании прервать беременность медикаментозным способом. Заполняется бланк информированного согласия пациентки на применение препаратов (с указанием номера и серии, указанных на упаковке), в котором содержится информация о возможных неудобствах и осложнениях медикаментозного прерывания беременности (возможная необходимость вакуум-аспирации, выскабливание полости матки, после изгнания плода, болевые ощущения, кровянистые выделения и т.д.), информация о неотложных состояниях и др.

2.6. Далее проводится процедура прерывания беременности.

Пациентка принимает 1 таблетку Мифепристона (200 мг), запивая водой, в присутствии обученного медицинского персонала и находится под наблюдением, при этом соблюдение постельного режима не обязательно.

Через 36-48 часов после приема Мифепристона, если аборт не наступил,

проводится оценка жалоб, общего состояния, количества кровянистых выделений из половых путей, а также степень зрелости шейки матки, и назначается прием Мизопростола.

Пациентка принимает Мизопростол 400 мкг (2 таблетки) внутрь или в дозе 800 мкг (4 таблетки по 200 мкг) однократно во влагалище и далее в дозе 400 мкг вагинально или сублингвально через каждые 3 часа до изгнания плода, но не более 4 доз.

Для тех женщин, у которых аборт не наступает на вторые или третьи сутки, более целесообразным подходом следует считать выполнение дилатации шейки матки и эвакуации плода.

Симптомы медикаментозного аборта: после приема Мифепристона или препарата поддержки появляются схваткообразные боли и в среднем через 6-8 часов наступает прерывание беременности, которое характеризуется рождением плода и через некоторое время плаценты.

Послеабортный период характеризуется кровянистыми выделениями из половых путей по типу менструации продолжительностью в среднем 6-8 дней.

После искусственного прерывания беременности с каждой женщиной проводится консультирование, в процессе которого обсуждаются признаки осложнений (повышение температуры более 37С, слабость, недомогание, тошнота, рвота, диарея, дискомфорт или необычная боль, обильное кровотечение, при которых женщина обязана незамедлительно обратиться к врачу); предоставляются рекомендации о режиме, гигиенических мероприятиях, а также о предупреждении нежелательной беременности.

2.7. Рекомендуемая длительность пребывания в стационаре после произошедшего выкидыша при отсутствии осложнений – в течение суток.

2.8. При выписке рекомендуется очередная явка на амбулаторный прием к акушеру-гинекологу через 7-8 дней для оценки общего и гинекологического статуса. Обращают внимание на характер и интенсивность кровянистых выделений, абдоминальные боли, слабость, наличие гипертермии. Оценивают состояние внутренних половых органов (шейка матки, размеры и консистенция матки, состояние придатков, болезненные ощущения во время гинекологического исследования).

2.9. Перед выпиской из гинекологического отделения все женщины должны получить информацию о контрацепции. Применять любые методы контрацепции, в том числе ВМК и гормональную контрацепцию, можно сразу после медикаментозного аборта. При назначении методов контрацепции учитывают состояние женщины и ограничения каждого метода.

Некоторые методы контрацепции не могут применяться сразу после аборта: влагалищную диафрагму и шеечный колпачок начинают применять не ранее чем через 6 недель после аборта во II триместре беременности. Применение ритмических методов возможно только после восстановления регулярных менструаций.

Несмотря на безопасность, при введении ВМК после аборта во II

триместре беременности повышен риск его изгнания.

При медикаментозном аборте гормональную контрацепцию можно начинать одновременно с приемом мизопростола для прерывания беременности, перед введением ВМК или стерилизацией следует убедиться, что беременность прервана.

Если не были назначены контрацептивы, рекомендуется использование презервативов при возобновлении половой жизни.

3.

4. Возможные осложнения и способы их устранения

Боли спастического характера возникают после введения Мизопростола у большинства женщин. Они обусловлены сокращениями матки, необходимыми для изгнания плода. Предоставление соответствующей информации и обезболивающих препаратов позволяют женщине расслабиться, что способствует уменьшению дискомфорта. Нестероидные противовоспалительные препараты (НСПВП) с целью облегчения боли можно принимать одновременно с Мизопростолом. НСПВП не изменяют действия Мизопростола и/или Мифепристона, направленного на стимуляцию подготовки шейки матки, сократимости матки и не влияют на время, которое занимают аборт и эвакуация продуктов зачатия. Некоторым женщинам для обезболивания могут потребоваться наркотические обезболивающие препараты или парацервикальная блокада.

Повышение температуры и озноб достаточно распространены после введения Мизопростола. Эти признаки не свидетельствуют о наличии инфекции у женщины. При необходимости можно дать жаропонижающие препараты. Эти побочные эффекты, как правило, ослабевают или исчезают спустя 24 часа после приема последней дозы Мизопростола.

Тошнота, рвота, диарея характерны при введении простагландинов и объясняются их стимулирующим воздействием на желудочно-кишечный тракт. Для купирования симптомов возможно использование симптоматической терапии (церукал, реглан, имодиум).

Головокружение, головная боль купируются приемом анальгетиков и предоставлением пациентке удобного положения.

Кровотечение является ожидаемым побочным эффектом и, как правило, не бывает чрезмерным. Обильное кровотечение (более 500 мл), требующее переливания крови встречается с частотой около 0,7 %.

Неполный аборт, как правило, связан с длительной задержкой плаценты, является наиболее распространенной причиной обильного кровотечения (8 - 19 %). В этом случае требуется инструментальное удаление остатков плаценты.

Разрывы шейки матки при медикаментозном аборте возможны, как и в случаях использования дилатации и эвакуации, с той же частотой (0,1-0,2 %). Однако при изучении этого осложнения в ходе ретроспективного когортного исследования не было отмечено разрывов шейки матки, требующих наложения швов.

Разрыв матки после медикаментозной стимуляции во II триместре с применением Мифепристона и Мизопростола встречается крайне редко (0,1%) и обычно возникает при необходимости завершения процедуры хирургическим вмешательством. Имеется единичное свидетельство разрыва матки при применении Мизопростола у женщины с рубцом после кесарева сечения.

Инфекция является редким осложнением после медикаментозной индукции аборта в поздних сроках. Имеется лишь одно сообщение о применении антибиотиков у 2,6 % женщин по поводу предполагаемой инфекции. Вместе с тем, с увеличением срока гестации риск инфекционных осложнений увеличивается. Исследованиями было показано, что в целом предоставление антибиотиков во время медикаментозного аборта способствовало снижению относительного риска инфекций на 76%.

Для профилактики инфекции рекомендуется рутинная антибиотикопрофилактика всем женщинам в случае хирургического завершения аборта (в день его выполнения перед началом манипуляции). При медикаментозном завершении аборта антибиотикопрофилактика всем женщинам не рекомендуется, но является целесообразной у женщин групп риска:

- если хламидийная инфекция была выявлена у пациентки в течение последних 12 месяцев без подтверждения ее эрадикации
- лица, у половых партнеров которых выявлена хламидийная инфекция
- диагностированный бактериальный вагиноз (независимо от наличия или отсутствия клинической картины)
- женщины, имеющие 2 и более половых партнеров в течение последних 6 месяцев
- женщины моложе 25 лет
- внутриматочные манипуляции в анамнезе
- низкий социально-экономический статус.

Рекомендуемые схемы:

Для женщин, не обследованных на хламидийную инфекцию:

Азитромицин, капсулы или табл. 1 г внутрь в день аборта (в день приема мизопростола) в сочетании с Метронидазолом (1 г ректально или внутрь) до или во время аборта

Или

Доксициклин, капс. 100 мг 2 раза в день в течение 7 дней начиная со дня аборта в сочетании с Метронидазолом (1 г ректально или внутрь) до или во время аборта.

Для женщин, у которых не выявлено хламидийной инфекции:

Метронидазол (1 г внутрь) до или во время аборта.

5. Требования к режиму труда, отдыха, лечения и реабилитации

Специальных требований нет

6. Требования к уходу за пациенткой и вспомогательным процедурам

Специальных требований нет.

7. Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Специальных требований нет

8. Информированное добровольное согласие пациентки при выполнении протокола

Информированное добровольное согласие пациентка дает в письменном виде.

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПРОВЕДЕНИЕ ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ
МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ МЕТОДОМ ПО МЕДИЦИНСКИМ ИЛИ СОЦИАЛЬНЫМ
ПОКАЗАНИЯМ МЕДИКАМЕНТОЗНЫМ МЕТОДОМ
ВО II ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ДО 22 НЕДЕЛЬ ГЕСТАЦИИ**

Я, _____
нижеподписавшаяся, подтверждаю, что приняла решение о прерывании беременности медикаментозным методом.

Я предупреждена, что не должна прибегать к подобному методу, если не уверена, что хочу прервать беременность.

Я предупреждена, что в 2-4 % случаев прерывание беременности может не произойти, или процедура заканчивается неполным абортом. В этих случаях я согласна прервать беременность хирургическим методом (дилатации шейки матки и эвакуации плода или инструментальное удаление плаценты).

Я информирована врачом, что прерывание беременности может осуществляться как медикаментозным, так и хирургическим методами. Я самостоятельно выбрала прерывание беременности с помощью препаратов Мифепристон и Мизопростол, как наиболее безопасный метод.

Я подтверждаю, что ознакомилась с методикой процедуры медикаментозного прерывания беременности, противопоказаниями и побочными эффектами при ее проведении, а также с инструкцией на препараты Мифепристон и Мизопростол.

Я поняла, что:

- медикаментозный аборт может быть выполнен при сроках беременности до 21 недели (включительно) согласно рекомендациям ВОЗ и Приказу МЗ РФ № 572н от 12 ноября 2012 г.;

- медикаментозное прерывание беременности во II триместре проводится только в условиях стационара;

- Мифепристон принимается в дозе 200 мг (1 таблетка), запивая водой, в присутствии обученного медицинского персонала.

- через 36-48 часов после приема Мифепристона принимается Мизопростол в дозе 400 мкг внутрь или 800 мкг вагинально для полного завершения аборта. Если аборт не происходит, то через каждые 3 часа (но не более 4 раз) возможен прием Мизопростола в дозе 400 мкг вагинально или под язык до завершения аборта.

- Если аборт не произошел через сутки от приема первой дозы Мизопростола возможно завершение беременности хирургическим методом.

- Аборт будет считаться завершенным при рождении плода и плаценты.

- В случае отсутствия признаков отделения плаценты будет проведено выскабливание полости матки под внутривенным наркозом.

- Через 1 сутки после произошедшего аборта выполняется ультразвуковое исследование для исключения признаков неполного аборта.

- Врач предупредил меня, что выполнение медикаментозного аборта во II триместре, с использованием комбинации Мифепристона и прием Мизопростола является современной, рекомендованной Всемирной Организацией Здравоохранения схемой медикаментозного аборта, эффективность которой достигает 97-98%, доказана многими международными исследованиями.

Мне даны разъяснения о:

- действию назначаемых мне препаратов для медикаментозного аборта, а также тех препаратов, которые могут быть назначены мне лечащим врачом для профилактики рвоты, спазмов и болей при изгнании плода и плаценты из матки, уменьшения объема кровопотери;

- основных этапах медикаментозного аборта;
- следующих возможных осложнениях: аллергической реакции на препараты, патологической кровопотере, неполном аборте (задержке плода и плаценты в полости матки).

Врач предупредил меня, что не может быть 100 % гарантии предотвращения возможных осложнений, но их частота невелика и составляет суммарно не более 5 %.

Во всех случаях возникновения тех или иных осложнений, связанных с проведением медикаментозного аборта я должна обратиться к своему врачу и следовать его рекомендациям.

Я информирована врачом, что в случае появления симптомов осложнения в послеабортном периоде после выписки из стационара, таких как повышение температуры более 37 С, слабость, недомогание, тошнота, рвота, диарея, дискомфорт или необычная боль, обильное кровотечение (2 прокладки «макси» (маркировка 5 капель на упаковке) в течение часа на протяжении 2 часов подряд или использование более 2-х пачек прокладок на протяжении 7 дней) или хотя бы один из этих симптомов, я обязана незамедлительно обратиться в медицинское учреждение или вызвать «скорую помощь».

Я информирована врачом также о режиме поведения, необходимости приема назначаемых мне лекарственных препаратов в соответствии с предписанием лечащего врача, о возможности и целесообразности использования в дальнейшем средств предупреждения нежелательной беременности.

Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

Пациент
(Ф.И.О.) _____

Подпись _____ Дата _____

Я свидетельствую, что разъяснил пациентке суть, ход выполнения, риск и альтернативу проведения медикаментозного аборта, дал ответы на все вопросы.

Врач
(Ф.И.О.) _____

Подпись _____ Дата _____

Протокол медикаментозного прерывания беременности

Дата	Препарат	Доза, принятая пациенткой	№ и серия упаковки	Подпись пациентки	Подпись врача
	Мифепристон				
	Мизопростол				

Список литературы

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12 ноября 2012г. № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»
2. ACOG. A Clinician's Guide to Medical and Surgical Abortion, NAF's textbook. 2012.
3. Late Abortion: A Review of the Evidence. Sally Sheldon. 2004. http://www.prochoiceforum.org.uk/pdf/PCF_late_abortion08.pdf
4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). The care of women requesting induced abortion. London (England): Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2011 Nov. 130 p. (Evidence-based Clinical Guideline; no. 7). <http://www.rcog.org.uk>
5. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. 2012. <http://www.who.int/>