

# Общее согласие на использование средств контрацепции

Если вы подписываете данную форму выражения согласия, это означает:

- ◆ Ваш медработник программы Family PACT рассказал вам обо всех методах контрацепции.
- ◆ Вы обсудили, какой метод контрацепции подходит именно вам.
- ◆ Ваш медработник программы Family PACT объяснил вам, как безопасно и эффективно применять выбранный вами метод контрацепции.

**Указания.** Внимательно прочтите каждое утверждение. Если вы согласны с данными утверждениями, поставьте свою подпись на строке внизу.

- ◆ Я понимаю, что существует множество методов контрацепции, из которых я могу выбрать подходящий для меня. К ним относятся:
  - ❖ таблетки
  - ❖ пластырь
  - ❖ кольцо
  - ❖ инъекция
  - ❖ имплант
  - ❖ внутриматочные контрацептивные средства (ВМС)
  - ❖ диафрагма
  - ❖ спермициды
  - ❖ губка
  - ❖ шейный колпачок
  - ❖ презервативы для мужчин
  - ❖ презервативы для женщин
  - ❖ естественные методы предупреждения беременности
  - ❖ метод, основанный на отслеживании периодов, благоприятных для зачатия
  - ❖ метод лактационной аменореи
  - ❖ стерилизация мужчин
  - ❖ стерилизация женщин.
- ◆ Мой медработник программы Family PACT понятно объяснил мне, как применять выбранный мной метод.
- ◆ Мне рассказали, каким образом данный метод предупреждает беременность и насколько он эффективен для большинства людей.
- ◆ Мне рассказали о преимуществах и рисках применения этого метода. Мы обсудили все проблемы со здоровьем, которые могут у меня быть.
- ◆ Я обсудила со своим медработником программы Family PACT все побочные эффекты, которые могут быть вызваны применением данного метода. Я понимаю, что побочные эффекты – это реакции и изменения, которые могут наступить из-за того, что я применяю данный метод.
- ◆ Мой медработник программы Family PACT рассказал мне обо всех осложнениях, которые могут быть связаны с выбранным мною методом. Я понимаю, что осложнения – это редкие, но серьезные проблемы со здоровьем, которые могут наступить. Мне рассказали о признаках возникновения таких осложнений.
- ◆ Я понимаю, что нужно делать, если я захочу прекратить использовать выбранный мной метод.
- ◆ Я получила письменную информацию о том методе, который я выбрала, на понятном мне языке.
- ◆ Мой медработник программы Family PACT ответил на все мои вопросы.

На основании данной информации я добровольно решила использовать \_\_\_\_\_  
(название метода)  
в качестве моего метода контрацепции.

Подпись: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_