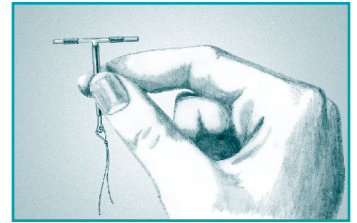


Согласие на применение внутриматочного контрацептивного средства/спирали (ВМС)

Если вы подписываете данную форму подтверждения вашего согласия, это означает, что:

- ◆ Ваш медработник программы Family PACT рассказал вам обо всех методах контрацепции.
- ◆ Вы решили, какой метод контрацепции подходит именно вам.



Указания. Внимательно прочитайте каждое из нижеперечисленных утверждений. Если вы согласны с каждым из них, поставьте свою подпись на строке внизу.

- ◆ Я понимаю, что существует множество методов контрацепции, из которых я могу выбрать подходящий для себя. К ним относятся:
 - ◆ таблетки
 - ◆ имплантат
 - ◆ пластырь
 - ◆ кольцо
 - ◆ инъекция
 - ◆ диафрагма
 - ◆ внутриматочные контрацептивные средства (ВМС)
 - ◆ шейный колпачок
 - ◆ губка
 - ◆ спермициды
 - ◆ презервативы для женщин
 - ◆ презервативы для мужчин
 - ◆ естественные методы предупреждения беременности
 - ◆ метод лактационной аменореи/метод кормления грудью
 - ◆ метод, основанный на отслеживании периодов, благоприятных для зачатия
 - ◆ стерилизация женщин
 - ◆ стерилизация мужчин
- ◆ Мой медработник программы Family PACT объяснил, каким образом ВМС будет введена в мою матку.
- ◆ Мне рассказали о том, что существует два типа внутриматочных спиралей – ParaGard и Mirena. Я узнала о том, каким образом оба типа ВМС предупреждают беременность.
- ◆ Мне сообщили, что из 100 женщин, использующих ВМС, в течение года беременеет максимум 1 женщина.
- ◆ Я понимаю, что могу использовать любой вид ВМС, а также что:
 - ◆ срок использования медной спирали ParaGard – 10 лет;
 - ◆ срок использования гормональной спирали Mirena – 5 лет.
- ◆ Мне рассказали о преимуществах и риске, связанных с применением каждого вида ВМС. Мы обсудили все проблемы со здоровьем, которые могут у меня возникнуть.
- ◆ Мне сообщили, что возможные побочные эффекты включают менструальноподобные боли сразу после введения любой внутриматочной спирали и появление кровянистых выделений/мазания непосредственно после ее введения. Мне также сообщили, что:
 - ◆ при использовании спирали ParaGard у меня могут быть более длительные и обильные месячные;
 - ◆ при использовании спирали Mirena мои месячные могут проходить очень легко, может совсем не быть месячных или могут быть кровянистые выделения между месячными. Также могут возникать головные боли, головокружения, тошнота, болезненность молочных желез или угревая сыпь; у большинства женщин это проходит через 3–6 месяцев.

- ◆ Мне сообщили, что осложнения включают:
 - ❖ инфекцию или воспаление органов малого таза
 - ❖ разрыв или перфорацию матки
 - ❖ частичный или полный выход ВМС
 - ❖ внематочную беременность
- ◆ Мне сообщили, что признаки возникновения осложнений включают:

<ul style="list-style-type: none"> ❖ задержку месячных ❖ необычные кровянистые выделения или кровотечение ❖ необычные выделения ❖ боль в области живота 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ боль в области таза ❖ жар/температура или озноб ❖ боль при сексуальных контактах ❖ потерю ощущения нити ВМС
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------
- ◆ Мой медработник программы Family PACT обсудил со мной, подходит ли мне ВМС, особенно, если ко мне относится что-либо из перечисленного ниже:
 - ❖ в течение прошлого года у меня была инфекция матки или маточных труб
 - ❖ у меня было неожиданное кровотечение из влагалища без видимой причины
 - ❖ у меня была трубная беременность
 - ❖ у меня был рак груди (только для спирали Mirena)
- ◆ Мне сообщили, что использование ВМС не защищает меня от ВИЧ и других инфекций, передающихся половым путем. Использование презервативов может защитить от этих инфекций.
- ◆ Мне рассказали, что нужно делать, если я захочу прекратить использовать ВМС:
 - ❖ Я должна вновь обратиться к врачу, чтобы он извлек ее.
 - ❖ Я не должна вынимать ее самостоятельно.
- ◆ Я получила письменную информацию о выбранном мной типе ВМС на понятном для себя языке.
- ◆ Мой медработник программы Family PACT ответил на все мои вопросы.

На основании данной информации я добровольно решила использовать _____
 (наименование ВМС)
 в качестве своего метода контрацепции.

Подпись: _____

Дата: _____