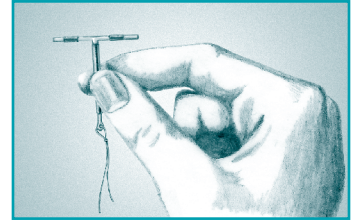


Согласие на извлечение внутриматочного контрацептивного средства/спирали (ВМС)

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

- ◆ вы просите удалить ваше внутриматочное контрацептивное средство (ВМС)
- ◆ ваш медработник программы Family PACT разъяснил вам, что произойдет до, во время и после этой процедуры.



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

- ◆ Мне сообщили, каким образом будет удалено ВМС, и что, возможно, мне нужно будет сделать для этого заранее.
- ◆ Мне сообщили о том, что у меня могут появиться неприятные ощущения или небольшое кровотечение при удалении ВМС из матки.
- ◆ Мне сообщили, что после удаления ВМС я сразу могу забеременеть. Мне объяснили, что если я не планирую беременность в ближайшее время:
 - ❖ мне может быть установлено новое ВМС, либо
 - ❖ я могу выбрать другое противозачаточное средство.
- ◆ Мой медработник программы Family PACT объяснил мне, что если я беременна во время удаления ВМС, существует риск, что его удаление может спровоцировать выкидыш.
- ◆ Мой медработник программы Family PACT ответил на все мои вопросы.

На основе предоставленной мне информации я даю добровольное согласие на удаление

_____ ВМС моим врачом в данное время.
(наименование ВМС)

Подпись: _____

Дата: _____