

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПРИКАЗ**

**от 7 апреля 2016 г. N 216н**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ  
ИНФОРМИРОВАННОГО ДОБРОВОЛЬНОГО СОГЛАСИЯ НА ПРОВЕДЕНИЕ  
ИСКУССТВЕННОГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПО ЖЕЛАНИЮ ЖЕНЩИНЫ**

В соответствии со [статьями 20](#) и [56](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446; 2013, N 27, ст. 3459, 3477; N 30, ст. 4038; N 39, ст. 4883; N 48, ст. 6165; N 52, ст. 6951; 2014, N 23, ст. 2930; N 30, ст. 4106, 4244, 4247, 4257; N 43, ст. 5798; N 49, ст. 6927, 6928; 2015, N 1, ст. 72, 85; N 10, ст. 1403, 1425; N 14, ст. 2018; N 27, ст. 3951; N 29, ст. 4339, 4356, 4359, 4397; N 51, ст. 7245; 2016, N 1, ст. 9, 28) приказываю:

1. Утвердить [форму](#) информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины согласно приложению.
2. Признать утратившим силу [приказ](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2007 г. N 335 "О рекомендуемом образце информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности при сроке до 12 недель" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 11 октября 2007 г., регистрационный N 10308).

Министр  
В.И.СКВОРЦОВА

Приложение  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 7 апреля 2016 г. N 216н

Форма

Информированное добровольное согласие  
на проведение искусственного прерывания беременности  
по желанию женщины

Я, нижеподписавшаяся, \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ года рождения в соответствии со статьями 20 и 56 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" настоящим подтверждаю свое согласие на проведение мне искусственного прерывания беременности (нужное подчеркнуть):

медикаментозным методом;

путем хирургической операции с разрушением и удалением плодного яйца (эмбриона человека), которая проводится под обезболиванием.

1. Перед направлением на искусственное прерывание беременности мне предоставлено время для обдумывания и принятия окончательного решения в течение (нужное подчеркнуть):

48 часов;

7 дней <1>.

В течение указанного периода:

я проинформирована о сроке моей беременности, об отсутствии у меня медицинских противопоказаний к вынашиванию данной беременности и рождению ребенка;

мне проведено/не проведено (нужное подчеркнуть) ультразвуковое исследование (далее - УЗИ) органов малого таза, в процессе которого продемонстрировано изображение эмбриона и его сердцебиение (при наличии сердцебиения) <2>: "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. (указать дату проведения согласно отметке в медицинской документации или дату отказа от медицинского вмешательства, оформленного в установленном порядке);

я проконсультирована психологом (медицинским психологом, специалистом по социальной работе) по вопросам психологической и социальной поддержки.

2. Я проинформирована врачом-акушером-гинекологом:

о том, что имею право не делать искусственное прерывание беременности и не прерывать беременность;

о том, что при условии строжайшего соблюдения правил проведения искусственного прерывания беременности могут возникнуть следующие осложнения:

после проведения искусственного прерывания беременности, в том числе в качестве отдаленных последствий:

бесплодие;

хронические воспалительные процессы матки и (или) придатков матки; нарушение функции яичников; тазовые боли; внематочная беременность; невынашивание беременности; различные осложнения при вынашивании последующей беременности и в родах - преждевременные роды, различные осложнения родовой деятельности, кровотечение в родах и (или) послеродовом периоде; психические расстройства; опухолевые процессы матки;

скопление крови в полости матки; остатки плодного яйца в полости матки, острый и (или) подострый воспалительный процесс матки и (или) придатков

матки, вплоть до перитонита, что потребует повторного оперативного вмешательства, не исключая удаления придатков матки и матки;

во время проведения искусственного прерывания беременности:

осложнения анестезиологического пособия;

травма и прободение матки с возможным ранением внутренних органов и кровеносных сосудов;

кровотечение, что может потребовать расширения объема операции вплоть до чревосечения и удаления матки, хирургического вмешательства на внутренних органах.

3. Мне даны разъяснения врачом-акушером-гинекологом о:

механизме действия назначаемых мне перед проведением и во время проведения искусственного прерывания беременности лекарственных препаратов для медицинского применения и возможных осложнениях при их применении;

основных этапах обезболивания;

необходимости прохождения медицинского обследования для контроля за состоянием моего здоровья после проведения искусственного прерывания беременности;

необходимости приема лекарственных препаратов для медицинского применения в соответствии с назначениями лечащего врача;

режиме поведения, в том числе половой жизни, гигиенических мероприятиях после проведения искусственного прерывания беременности и возможных последствиях в случае несоблюдения рекомендаций;

методах предупреждения нежелательной беременности;

сроках контрольного осмотра врачом-акушером-гинекологом.

4. Я имела возможность задавать любые вопросы и на все вопросы получила исчерпывающие ответы. Мне разъяснены возможность не прибегать к искусственному прерыванию беременности и предпочтительность сохранения и вынашивания беременности и рождения ребенка.

5. ЗАКЛЮЧЕНИЕ.

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

Пациент \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество) (подпись)

Дата " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

6. Я свидетельствую, что разъяснил пациентке суть, ход выполнения, негативные последствия проведения искусственного прерывания беременности, возможность не прибегать к нему и предпочтительность вынашивания беременности и рождения ребенка, дал ответы на все вопросы.

7. Подтверждаю, что рекомендовал пациентке проведение УЗИ органов малого таза для демонстрации изображения эмбриона и его сердцебиения (при наличии сердцебиения).

Врач-акушер-гинеколог \_\_\_\_\_  
(имя, отчество, фамилия) (подпись)

Дата " \_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

-----  
<1>**Часть 3 статьи 56** Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".

<2>**Пункт 106** Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)", утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. N 572н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 2 апреля 2013 г., регистрационный N 27960), с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 17 января 2014 г. N 25н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 19 марта 2014 г., регистрационный N 31644), от 11 июня 2015 г. N 333н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 10 июля 2015 г., регистрационный N 37983) и от 12 января 2016 г. N 5н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 10 февраля 2016 г., регистрационный N 41053).

---