



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕССКОЙ  
РЕСПУБЛИКИ**

369000, г. Черкесск, ул. Красноармейская, д. 54  
тел.: 8 (8782) 26-65-29, факс: 8 (8782) 26-67-52  
e-mail: minzdrav-kchr@mail.ru

от 08.08.2016г № 3397

Руководителям медицинских организаций,  
оказывающих медицинскую помощь по  
профилю «акушерство и гинекология»

**ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО**

Министерство здравоохранения Карачаево-Черкесской Республики направляет в Ваш адрес приказ Минздрава России от 07.04. 2016г. №216н "Об утверждении формы информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины".

Обращаем внимание, что данным приказом не только утверждена форма информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины, но и признан утратившим силу приказ Минздравсоцразвития России от 17.05. 2007г. №335 «О рекомендуемом образце информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности до 12 недель».

Руководителям медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология»:

1. Организовать проведение семинара с ознакомлением всех заинтересованных лиц с приказом Минздрава России от 07.04. 2016г. №216н "Об утверждении формы информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины" под роспись.

2. Обеспечить использование информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины по форме, утверждённой приказом Минздрава России №216н.

3. Обеспечить контроль за выполнением приказа Минздрава России №216н.

**Приложение**

1. Приказ Минздрава России от 07.04. 2016г. №216н "Об утверждении формы информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины".

2. Форма информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины.

Заместитель Министра

Т.У. Кипкеева





Зарегистрировано в Минюсте России 4 мая 2016 г. N 42006

**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.

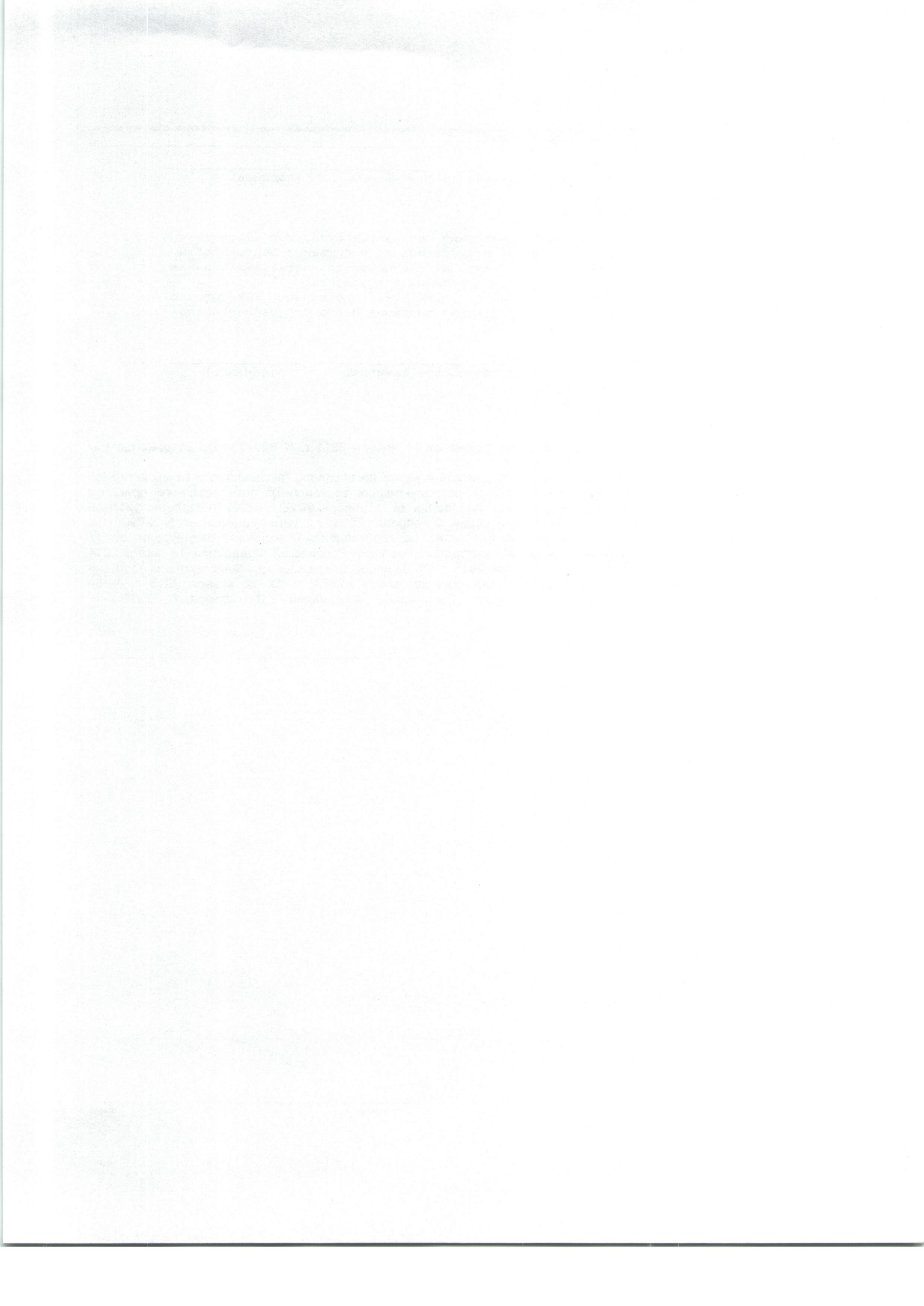
7. Подтверждаю, что рекомендовал пациентке проведение УЗИ органов малого таза для демонстрации изображения эмбриона и его сердцебиения (при наличии сердцебиения).

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).





**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).