



Համաձայնագիր. Սաղմի/պտղի Բեղուկցիա

Ես/մենք _____

Անուն, Ծննդյան թիվ, ամիս, օր

Հղիության կորստի բարձ ռիսկի հետ կապված և կապված իմ բազմակի հղիության հետ, խնդրում եմ իրականացրեք սաղմի/պտղի բեղուկցիա:

Ինձ բացատրվել է սաղմի/պտղի բեղուկցիա պրոցեդուրան:

Ես տեղեկացված եմ, որ սաղմի/պտղի բեղուկցիան կարող է բերել հղիության կորստի:

Ես փաստում եմ և հաստատում, որ ստացել եմ ներարգանդային միջամտության և հնարավոր կողմնակի ազդեցություններին առնչվող բացատրություն.

- Արյունահոսություն
- Սեպտիկ հիվանդություններ
- Վարակ
- Ալերգիկ ռեակցիա տեղային անզգայացումից
- Թրոմբոէմբոլիկ բարդություններ

Որի դեպքում հնարավոր է պահանջվի ինտենսիվ բուժում և/կամ չնախատեսված վիրահատական միջամտություն (մինչև իսկ արգանդի մասնակի կամ ամբողջական հեռացում):

Ես փաստում եմ, որ տեղեկացրել եմ բժշկին իմ առողջության հետ կապված՝ ինձ հայտնի բոլոր փաստերի, սեռավարակների, իմ ընտանիքում ժառանգական, մտավոր և այլ հիվանդությունների առկայության մասին:

Ես հաստատում եմ, որ ես ուշադրությամբ կարդացել եմ պրոցեդուրայի մասին այն ամբողջ տեղեկատվությունը, որ տրվել է ինձ բժշկական կազմակերպության մասնագետների կողմից՝ նպատակների, մեթոդների ներկայացման, բժշկական խնամքի և դրանց հետ կապված ռիսկերի, բժշկական միջամտության հնարավոր տարբերակների և դրանց հետևանքների, ինչպես նաև սպասվելիք արդյունքների վերաբերյալ:

Ես հնարավորություն եմ ունեցել բժշկի հետ քննարկելու ինձ հետաքրքրող բոլոր հարցերը: Ես բավարարվել եմ իմ կողմից տրված յուրաքանչյուր հարցի պատասխանով: Իմ որոշումն

անկախ է և ես ստացել եմ սաղմի/պտղի բեղունացիայի վերաբերյալ մանրամասն բանավոր
բացատրություն:

Հղիի Անուն/Ազգանուն _____

Ստորագրություն _____

Ամսաթիվ _____

Բժիշկ՝ Դավիթ Աբովյան (Մանկաբարձ/Գինեկոլոգ)