



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
(Минздрав Удмуртии)

РАСПОРЯЖЕНИЕ

17.05.2019

№ 0562

г. Ижевск

Об утверждении формы листа доабортного консультирования при оказании медицинской помощи по профилактике искусственного прерывания беременности в сроке до 12 недель в медицинских организациях Удмуртской Республики

В целях реализации Федерального Закона от 21.11.2011г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», а также для улучшения демографической ситуации и совершенствования организации медицинской помощи женскому населению Удмуртской Республики

1. Утвердить:

1.1. Форму листа доабортного консультирования в соответствии с приложением 1 к настоящему распоряжению;

1.2. Форму журнала регистрации обращений за направлением на медицинский аборт в соответствии с приложением 2 к настоящему распоряжению.

2. Главным врачам государственных медицинских организаций Удмуртской Республики обеспечить:

2.1. Проведение консультирования женщин с намерением прервать беременность с оформлением листа доабортного консультирования;

2.2. Ведение журнала регистрации обращений за направлением на медицинский аборт в соответствии с формой, утвержденной настоящим распоряжением.

3. Контроль за исполнением настоящего распоряжения возложить на заместителя министра здравоохранения И.И. Амбражука.

И.о. министра

Г.О. Щербак

002855

Лист доабортного консультирования

Наименование медицинской организации _____

1. Первичная консультация акушера-гинеколога:

Срок беременности _____ дата консультации _____

Информирована об осложнениях беременности да (нет) подчеркнуть

Подпись врача _____ Ф.И.О. _____

2. УЗИ плода:

Заключение, срок беременности _____ дата _____

Визуализация плода (сердцебиения плода) на экране аппарата УЗИ да (нет) подчеркнуть

Выдано фото плода да (нет) подчеркнуть

Подпись врача _____ Ф.И.О. _____

3. Консультация психолога:

Дата консультации пациентки _____

Дата консультации мужа (отца ребенка), консультация по согласованию с пациенткой _____

Наименование организации в которой проведена консультация психолога _____

Подпись психолога _____ Ф.И.О. _____

личная печать психолога _____

4. Консультация социального работника:

Дата консультации пациентки _____

Дата консультации мужа (отца ребенка), консультация по согласованию с пациенткой _____

Наименование организации в которой проведена консультация социального работника _____

Подпись социального работника _____ Ф.И.О. _____

5. Консультация юриста:

Дата консультации пациентки _____

Дата консультации мужа (отца ребенка), консультация по согласованию с пациенткой _____

Наименование организации в которой проведена консультация юриста _____

Подпись юриста _____ Ф.И.О. _____

6. Повторная консультация акушера-гинеколога:

Дата консультации _____

Замена листа доабортного консультирования на направление на аборт, наименование организации, в которую направлена на аборт _____

Отказ от прерывания беременности _____

(подпись пациентки, Ф.И.О.)

Подпись врача _____ Ф.И.О. _____

Журнал регистрации обращений за направлением на медицинский аборт*

№ п/п	Дата	ФИО пациентки, срок беременности	Доабортное консультирование проведено (дата) кем (указать): психологом, врачом акушером-гинекологом, социальным работником, юристом	Доабортное консультирование не проведено (указать причину)	Дата проведения медицинского аборта	Дата постановки на учет по беременности (в случае, если женщина решила пролонгировать беременность)	ФИО врача
1	2	3	4	5	6	7	8

* Журнал ведется в женских консультациях