

Patsiendi ees- ja perekonnanimi  
Isikukood  
(kleeps)



IDA-TALLINNA KESKHAIGLA

Aktsiaselts Ida-Tallinna Keskhaigla  
Ravi 18, 10138 Tallinn  
Registrikood 10822068  
Tel 666 1900  
E-post: info@itk.ee

## АКТ КОНСУЛЬТАЦИИ И ЗАЯВЛЕНИЕ НА СТЕРИЛИЗАЦИЮ (женская клиника)

Имя и фамилия пациента

Дата рождения пациента

**Стерилизация** – это перевязка, перерезание или удаление маточных труб у женщины с целью предотвращения беременности. Таким образом предотвращается процесс оплодотворения яйцеклетки сперматозоидом. Стерилизация используется для предотвращения беременности у женщин, которые больше не хотят рожать детей или которым беременность противопоказана по медицинским показаниям. Стерилизация является необратимым методом предотвращения беременности, поэтому решение о стерилизации следует тщательно обдумать. В результате стерилизации Вы больше не сможете забеременеть естественным путем и родить ребенка. Эта операция не влияет на другие физиологические функции. Как правило, не происходит изменений в менструальном цикле и половых отношениях.

Стерилизация в Эстонии регулируется Законом о прерывании беременности и стерилизации.

В соответствии с законом о прерывании беременности и стерилизации стерилизация разрешена, если у Вас имеется хотя бы одно из следующих условий: у Вас есть не менее трех детей, Вам более 35 лет, беременность угрожает Вашему здоровью, другие средства контрацепции противопоказаны, у Вас есть риск рождения ребенка с тяжелым психическим или физическим заболеванием, Ваша болезнь или проблемы со здоровьем мешают Вам воспитывать ребенка. Женщина может быть стерилизована только по ее собственному желанию.

Это очень эффективный метод контрацепции, однако в отдельных случаях при перевязке или перерезании маточных труб возможно самопроизвольное восстановление проходимости маточных труб и наступление беременности, что происходит реже, чем в 1 из 1000 случаев стерилизации.

Если Вы желаете пройти стерилизацию, это можно сделать либо в качестве отдельной операции, либо во время других операций (например, кесарева сечения, операции по удалению кисты яичника). Стерилизация в качестве отдельной операции обычно проводится лапароскопически. Для стерилизации подходит любой период менструального цикла, но Вы должны быть уверены, что не беременны.

### Возможные осложнения

Как и при любой операции, при стерилизации могут возникнуть осложнения, но они встречаются редко. Риск осложнений выше, если у Вас ранее были операции на брюшной полости и в брюшной полости имеются спайки.

Могут произойти:

- кровотечение;
- воспаление операционного участка или раны, которое в очень редких случаях может перерасти в сепсис;
- возможно также повреждение соседних органов (мочевого пузыря, мочеточника или кишечника).



ITK1303

Осложнения могут привести к более медленному выздоровлению, длительной нетрудоспособности, снижению качества жизни и повторным операциям. Осложнения со смертельным исходом встречаются крайне редко. О возможных осложнениях, связанных с анестезией, читайте в информационном материале: Информационный листок для пациента об анестезии.

При сильном кровотечении, болях в животе или температуре тела выше 38 °C обратитесь в отделение экстренной помощи женской клиники (работает круглосуточно).

Если после операции у Вас возникнут медицинские проблемы, которые Вы не можете решить самостоятельно, позвоните по номеру дежурной акушерки Восточно-Таллиннской центральной больницы 5308 0874.

Если Ваши маточные трубы будут удалены и направлены на гистологическое исследование, то в случае получения клинически значимого результата с Вами свяжутся.

**Я желаю пройти стерилизацию, будучи информированной о биологической и медицинской сущности стерилизации и связанных с ней рисках, включая возможные осложнения.**

Я получила информационный материал для пациентов:

- ☐ Гинекологическая лапароскопия
- ☐ Гинекологическая лапаротомия
- ☐ Кесарево сечение
- ☐ Информационный листок для пациента об анестезии
- ☐ Памятка для пациентов, приходящих на стационарную или дневную операцию в женскую клинику
- ☐ .....

**Стерилизация будет проведена Вам не ранее, чем через 30 календарных дней после подписания данного акта консультации и заявления.**

Я выражаю желание пройти стерилизацию, даю на это согласие и подтверждаю его своей подписью

Дата: \_\_/\_\_/\_\_

Подпись:

Подтверждаю, что я проинформировал(-а) пациентку в понятной для нее форме о состоянии ее здоровья, сущности стерилизации, а также о возможных рисках и последствиях.

Дата: \_\_/\_\_/\_\_

Подпись:

**ДЛЯ МЕДРАБОТНИКА.** Проинформировав пациента в объеме, указанном выше, четко напишите свое имя и специальность.



**ПАЦИЕНТКЕ/ЗАКОННОМУ ПРЕДСТАВИТЕЛЮ ПАЦИЕНТКИ.** Не подписывайте эту форму, пока медицинский работник не проинформирует Вас о процедуре.