

СОГЛАСИЕ НА СТЕРИЛИЗАЦИЮ

ВНИМАНИЕ: ВАШЕ РЕШЕНИЕ ОТКАЗАТЬСЯ ОТ СТЕРИЛИЗАЦИИ В ЛЮБОЙ МОМЕНТ НЕ ПРИВЕДЕТ К ОТМЕНЕ ИЛИ ОТКАЗУ В ПРЕДОСТАВЛЕНИИ КАКИХ-ЛИБО ЛЬГОТ, ПРЕДУСМОТРЕННЫХ В РАМКАХ ПРОГРАММ ИЛИ ПРОЕКТОВ, ФИНАНСИРУЕМЫХ ИЗ ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТА.

СОГЛАСИЕ НА СТЕРИЛИЗАЦИЮ	
Я запросил(а) и получил(а) информацию о стерилизации от (врач или клиника): . При первом обращении к врачу или в клинику за информацией мне сообщили, что решение о стерилизации зависит только от меня. Мне сообщили, что я могу отказаться от стерилизации. Если я решу не проходить стерилизацию, это решение не повлияет на мое право получать медицинскую помощь или лечение в будущем. Я не лишусь какой-либо помощи или льгот в рамках программ, финансируемых из федерального бюджета (таких как Программа оказания временной помощи нуждающимся семьям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) или Medicaid), которые я получаю в настоящее время или на которые могу претендовать в будущем. Я ПОНИМАЮ, ЧТО РЕЗУЛЬТАТЫ СТЕРИЛИЗАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ ОКОНЧАТЕЛЬНЫМИ И НЕОБРАТИМЫМИ. Я ПРИНЯЛ(А) РЕШЕНИЕ, ЧТО НЕ ХОЧУ БЕРЕМЕНЕТЬ, РОЖАТЬ ДЕТЕЙ ИЛИ БЫТЬ ОТЦОМ. Мне сообщили о временных методах контрацепции, которые мне доступны и которые позволили бы мне родить ребенка или стать отцом в будущем. Я отказался(ась) от этих альтернативных методов и выбрал(а) стерилизацию.	
Я понимаю, что стерилизация будет проведена путем операции, известной как (тип операции):	
Мне разъяснили все неудобства, риски и пользу, связанные с операцией. На все мои вопросы были даны исчерпывающие ответы. Я понимаю, что операция будет проведена не ранее чем через 30 дней после подписания мной данной формы. Я понимаю, что могу изменить свое решение в любой момент и что мой отказ от стерилизации в любой момент не приведет к потере каких-либо льгот или медицинских услуг, предоставляемых в рамках программ с федеральным финансированием. Я являюсь лицом, достигшим 21 года. Я родился(лась) (дата) . Настоящим я, , по собственной воле даю согласие на проведение стерилизации (врачом или клиникой) посредством процедуры, известной как . Мое согласие теряет силу через 180 дней с даты моей подписи ниже. Я также даю согласие на передачу этой формы и других медицинских записей об операции представителям Департамента здравоохранения (Department of Health Care Services) либо сотрудникам программ или проектов, финансируемых Департаментом, — однако исключительно для проверки соблюдения законов штата и федеральных законов. Я получил(а) копию этой формы.	
Имя печатными буквами:	
Подпись:	Дата:

ЗАЯВЛЕНИЕ УСТНОГО ПЕРЕВОДЧИКА (если для оказания помощи лицу, планирующему стерилизацию, предоставляется переводчик)

Я перевел(а) информацию и рекомендации, которые были в устной форме изложены лицом, получающим настоящее согласие, пациенту, планирующему стерилизацию.

Кроме того, я зачитал(а) лицу форму согласия на (родной язык) и разъяснил(а) ее содержание. Я заявляю, в меру своей осведомленности, что мое разъяснение было понятно.

Имя печатными буквами:

Подпись переводчика:

Дата:

ЗАЯВЛЕНИЕ ЛИЦА, ПОЛУЧАЮЩЕГО СОГЛАСИЕ

Прежде чем (имя и фамилия лица) подписал(а) форму согласия, я объяснил(а) ему/ей, в чем заключается операция по стерилизации (тип операции), указал(а) на то, что данная процедура является окончательной и необратимой, а также сообщил(а) о возможном дискомфорте, рисках и пользе, связанных с операцией.

Я проинформировал(а) лицо, желающее пройти стерилизацию, о наличии альтернативных методов контрацепции, которые носят временный характер. Я объяснил(а), что в отличие от этих методов результаты стерилизации являются необратимыми. Я сообщил(а) лицу, желающему пройти стерилизацию, что согласие может быть отозвано в любое время и что он/она не лишится права на какие-либо медицинские услуги или льготы, финансируемые из федерального бюджета.

В меру своей осведомленности я подтверждаю, что лицо, желающее пройти стерилизацию, достигло 21 года и находится в здравом уме. Лицо сознательно и добровольно согласилось на стерилизацию и, по всей видимости, понимает характер и последствия данной процедуры.

Подпись лица, получающего согласие:

Дата:

Учреждение:

ЗАЯВЛЕНИЕ ВРАЧА

Незадолго до проведения операции по стерилизации (имя пациента) (дата стерилизации) я объяснил(а) ему/ей, в чем заключается операция по стерилизации (тип операции), указал(а) на то, что результаты процедуры являются окончательными и необратимыми, а также сообщил(а) о возможном дискомфорте, рисках и пользе, связанных с операцией.

- Я проинформировал(а) лицо, желающее пройти стерилизацию, о наличии альтернативных методов контрацепции, которые носят временный характер.
- Я объяснил(а), что в отличие от этих методов результаты стерилизации являются необратимыми.
- Я сообщил(а) лицу, желающему пройти стерилизацию, что согласие может быть отозвано в любое время и что он/она не лишится права на какие-либо медицинские услуги или льготы, финансируемые из федерального бюджета.
- В меру своей осведомленности я подтверждаю, что лицо, желающее пройти стерилизацию, достигло 21 года и находится в здравом уме. Лицо сознательно и добровольно согласилось на стерилизацию и, судя по всему, понимает характер и последствия данной процедуры.

(Инструкции по использованию альтернативного заключительного абзаца Используйте первый абзац ниже, за исключением случаев преждевременных родов или экстренной операции на органах брюшной полости, когда стерилизация проводится менее чем через 30 дней после даты подписания лицом формы согласия. В исключительных случаях, перечисленных выше, используется второй абзац. Зачеркните абзац, который неприменим.) (1) Между датой подписания лицом настоящей формы согласия и датой проведения стерилизации прошло не менее 30 дней. (2) Процедура стерилизации была проведена менее чем через 30 дней, но более чем через 72 часа после даты подписания лицом настоящей формы согласия в связи со следующими обстоятельствами (отметьте соответствующую графу и укажите необходимую информацию).		
Преждевременные роды — предполагаемая дата родов:	Экстренная операция на органах брюшной полости — опишите обстоятельства:	Подпись:
		Дата: