

醫療人員： 讓患者諮詢 mifepristone 的風險。您和患者均必須在本同意書上提供書面或電子簽名。

患者同意：

1. 我已決定服用 mifepristone 和 misoprostol 以結束我的懷孕，並將遵循醫療人員關於何時服用每種藥物，以及在緊急情況下該怎麼做的建議。
2. 我瞭解：
 - a. 我將在第 1 天服用 mifepristone。
 - b. 我將在服用 mifepristone 後 24 至 48 小時服用 misoprostol 藥錠。
3. 我的醫療人員已與我討論過這些風險，包括：
 - 大量出血
 - 感染
4. 如果我在治療後的日子出現以下情況，我將立即聯絡診間/醫師辦公室/醫療人員：
 - 發燒達 100.4°F 或更高，持續超過 4 小時
 - 大量出血（連續兩小時每小時浸透兩片厚的全尺寸衛生棉）
 - 在服用 misoprostol 後超過 24 小時出現嚴重胃部（腹部）疼痛或不適，或者我「感覺想吐」，包括無力、噁心、嘔吐或腹瀉——這些症狀可能是嚴重感染或其他問題（包括異位妊娠、子宮外孕）的徵象。
 - 醫療人員已告訴我，這些症狀可能需要緊急照護。如果我無法立即前往診間/醫師辦公室/醫療人員處就診，醫療人員已告訴我該連絡誰，以及該怎麼做。
5. 我應該在服用 mifepristone 後約 7 至 14 天與醫療人員進行追蹤，以確保我的懷孕已結束且我的狀況良好。
6. 我知道，在某些情況下，治療無效。每 100 位使用此治療的女性中，約有 2 至 7 位會發生此種情況。如果我在 mifepristone 和 misoprostol 治療後仍持續懷孕，我將與醫療人員討論結束懷孕的手術程序。
7. 如果我因為藥物未結束懷孕或為了停止大量出血而需要進行手術程序，醫療人員已告訴我，他們是否會進行手術程序或將我轉介給另一位可以進行此程序的醫療人員。
8. 我有 mifepristone 的藥物指南。
9. 醫療人員已回答我的所有問題。

患者簽名： _____ 患者姓名（正楷）： _____ 日期： _____

醫療人員簽名： _____ 醫療人員姓名（正楷）： _____ 日期： _____

本患者同意書可以紙本或電子方式提供、填寫、簽署和傳輸。