

医务人员： 请告知患者米非司酮的风险。您和患者必须在本同意书上提供书面或电子签名。

患者同意：

1. 我已经决定服用米非司酮和米索前列醇来结束我的妊娠，并将遵守我的医务人员关于何时服用每种药物以及在紧急情况下该怎么做的建议。
2. 我明白：
 - a. 我将在第 1 天服用米非司酮。
 - b. 我将在服用米非司酮后 24 至 48 小时服用米索前列醇片。
3. 我的医务人员已经告知我药物的相关风险，包括：
 - 大出血
 - 感染
4. 如果治疗后我出现如下情况，我将立刻联系诊所/诊室/医务人员：
 - 发热达到 100.4°F 或更高，而且持续超过 4 小时
 - 大出血（连续两小时出现每小时浸透 2 张厚的常规大小的卫生巾）
 - 服用米索前列醇后 24 小时以上出现重度胃部（腹部）疼痛或不适，或我“感觉不适”，包括虚弱、恶心、呕吐或腹泻 这些症状可能是严重感染或其他问题（包括异位妊娠、子宫外妊娠）的体征。
 - 我的医务人员已经告诉我，这些症状可能需要予以紧急治疗。如果我无法马上联系诊所/诊室/医务人员，我的医务人员已经告诉我应该打电话给谁以及应该做什么。
5. 在我服用了米非司酮后大约 7 到 14 天，我应该与我的医务人员一起进行随访，以确认我的妊娠已经终止，我的身体状况良好。
6. 我明白，在某些情况下，该治疗不会奏效。每 100 名使用该治疗的女性中就会有 2 名或 7 名女性发生这种情况。如果在使用米非司酮和米索前列醇治疗后，我的妊娠仍在继续，我将与我的医务人员讨论做手术中止妊娠。
7. 如果我因为药物未终止妊娠或止血而需要进行手术，我的医务人员已经告诉我他们是否会进行手术或将我转诊给其他医务人员。
8. 我已经获得了米非司酮的药物指南。
9. 我的医务人员已经回答了我的所有问题。

患者 患者
 签名： _____ 姓名（正楷）： _____ 日期： _____

医务人员 医务人员
 签名： _____ 姓名（正楷）： _____ 日期： _____

患者同意书可以纸质或电子形式来提供、填写、签署和传输。