

医务人员： 请告知患者米非司酮的风险。您和患者均必须签署本同意书。

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. 我的医务人员将在我服用了米非司酮后 24 到 48 小时给我米索前列醇片，或给我开出米索前列醇片的处方。
3. 我的医务人员已经告知我了药物的相关风险，包括：
 - 大出血
 - 感染
 - 异位妊娠（宫外孕）
4. 如果治疗后我出现如下情况，我将立刻联系诊所/诊室：
 - 发热达到 100.4°F 或更高，而且持续超过 4 小时
 - 严重胃部区域（腹部）疼痛
 - 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 小时以上出现胃痛或不适，或“感觉不舒服”，包括虚弱、恶心、呕吐或腹泻
5. 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。如果我无法马上到达诊所或诊室，我的医务人员已经告诉了我应该打电话给谁以及应该做什么。
6. 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。
7. 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。
8. 如果我因为药物没有中止我的妊娠或因为我要止住大出血而需要做手术，那么我的医务人员已经告知我，他们是会做该手术，还是会将我转诊至另一名会给我做手术的医务人员那里。
9. 我已经获得了米非司酮的药物指南。如果我去急诊室就诊，或去一名没有给予我米非司酮的医务人员那里就诊，我会随身带着它，以便他们会明白，我正在使用米非司酮进行药物流产。
10. 我的医务人员已经回答了我的所有问题。

患者签名： _____ **患者姓名（正楷）：** _____ **日期：** _____

在我告知了她相关信息并解答了她所有问题后，该患者签署了患者同意书。我已经给了她米非司酮药物指南。

医务人员签名： _____ **医务人员姓名（正楷）：** _____ **日期：** _____

在患者和医务人员签署了患者同意书后，在患者离开诊室时给她一份副本，并将一份副本放在她的病历中。