

**ЛИСТ ИНФОРМИРОВАННОГО СОГЛАСИЯ ПАЦИЕНТКИ
НА ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРЕПАРАТОМ
«ПЕНКРОФТОН»**

Пенкрофтон в дозе 600 мг (3 таблетки по 200мг) принимается пациенткой в присутствии врача.

Через 48 ч, в условиях стационара одного дня, назначаются синтетические аналоги простагландинов (мизопропростол) в дозе 400 мкг. Пациентка наблюдается в течение 4 часов. Если в течение первых 3 часов аборт не произошел, то возможно повторное применение простагландинов в той же дозировке.

В 1% случаев прерывание беременности может не произойти. Для контроля эффективности применения препарата обязателен контрольный осмотр в последующие 10-15 дней. Если изгнания плодного яйца не наступило, рекомендуется прерывание беременности хирургическим методом (вакуум-аспирация).

После приема Пенкрофтона и простагландинов начинаются кровянистые выделения из половых путей, что является совершенно нормальным.

В **единичных случаях** пациентки отмечают чувство дискомфорта, слабость, головную боль, тошноту (возможна рвота), головокружение, повышение температуры тела, болевые ощущения внизу живота.

При возникновении вышеперечисленных симптомов возможно применение спазмолитических (Но-шпа, Баралгин) и противорвотных препаратов (Церукал).

Внимание! Следует избегать одновременного применения Пенкрофтона и нестероидных противовоспалительных препаратов, включая ацетилсалициловую кислоту (Аспирин), т.к. они могут блокировать abortивный эффект.

Пациентка (Ф.И.О.) _____
с предоставленной информацией ознакомлена. О действии препаратов, ходе процедуры и возможных побочных эффектах предупреждена. На применение метода согласна.

Препарат: номер _____, серия _____

Дата «__» _____ г.

Подпись _____

Контактные телефоны для обращения в случае возникновения неотложной ситуации:
