

स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता: *mifepristone* के जोखिमों के संबंध में रोगी को समझाएं। आप और रोगी दोनों को इस फार्म पर हस्ताक्षर करने हैं।

रोगी अनुबंध फार्म:

1. मैंने अपनी गर्भावस्था समाप्त करने के लिए *mifepristone* और *misoprostol* लेने का निर्णय किया है और प्रत्येक दवा कब लेनी है और आपातस्थिति में क्या करना है, इस संबंध में मैं अपने प्रदाता की सलाह का पालन करूंगी।
2. मैं समझती हूँ:
 - क. मैं दिन 1 को *mifepristone* लूंगी।
 - ख. मेरा प्रदाता या तो मुझे *misoprostol* की गोलियां देगा या लिखेगा, जो मैं *mifepristone* लेने के 24 से 48 घंटे के बीच लूंगी।
3. मेरे स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता ने निम्नलिखित सहित जोखिमों के बारे में मुझसे बात की है:
 - अत्यधिक रक्त स्राव
 - संक्रमण
 - अस्थानिक गर्भावस्था (गर्भाशय के बाहर की गर्भावस्था)
4. यदि उपचार के बाद के दिनों में मुझे निम्नलिखित में से कुछ होता है तो मैं तुरंत क्लिनिक/ऑफिस से संपर्क करूंगी:
 - 100.4°F या उससे अधिक बुखार जो चार घंटे से अधिक समय तक रहता है
 - पेट (उदरीय) के क्षेत्र में अत्यधिक दर्द
 - अत्यधिक रक्त स्राव (लगातार दो घंटे तक हर घंटे दो मोटे पूर्ण आकार के सैनेटरी पैड का रक्त से भर जाना)
 - *misoprostol* लेने के 24 घंटे से ज्यादा समय बीतने के बाद, पेट में दर्द या असुविधा, या "बीमार महसूस" करना, जिसमें कमजोरी, मितली, उलटी, या दस्त शामिल है
5. मेरे स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता ने मुझे बताया है कि इन लक्षणों में आपात देखभाल की जरूरत हो सकती है। यदि मैं तुरंत क्लिनिक या ऑफिस नहीं पहुंच सकती, तो मेरे स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता ने बताया है कि किसे कॉल करनी है और क्या करना है।
6. मुझे *mifepristone* लेने के लगभग 7 से 14 दिन के बीच अपने स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता से फॉलोअप करके सुनिश्चित करना चाहिए कि मेरी गर्भावस्था समाप्त हो गई है और मैं ठीक हूँ।
7. मुझे पता है कि कुछ मामलों में उपचार काम नहीं करेगा। ऐसा इस उपचार का इस्तेमाल करने वाली 100 में से 2 से 7 महिलाओं में होता है। यदि *mifepristone* और *misoprostol* के साथ उपचार के बाद भी मेरी गर्भावस्था जारी रहती है, तो मैं अपनी गर्भावस्था समाप्त करने के लिए सर्जिकल प्रक्रिया के बारे में अपने प्रदाता से बात करूंगी।
8. यदि मुझे सर्जिकल कार्य-विधि की जरूरत है, क्योंकि दवाओं से मेरी गर्भावस्था समाप्त नहीं हुई या अत्यधिक रक्त स्राव को रोकना है, तो मेरे स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता ने मुझे बताया है कि वे या तो कार्य-विधि करेंगे अथवा इसके लिए मुझे दूसरे स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता के पास भेजेंगे।
9. मेरे पास *mifepristone* के लिए दवा-संबंधी गाइड है। मैं इसे अपने साथ ले जाऊंगी, यदि मैं आपात कक्ष में जाती हूँ या ऐसे स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता के पास जाती हूँ, जिसने मुझे *mifepristone* नहीं दी थी, ताकि वे समझ जाएं कि मेरा *mifepristone* से चिकित्सीय गर्भपात हुआ है।
10. मेरे स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता ने मेरे सभी प्रश्नों के उत्तर दे दिए हैं।

रोगी के हस्ताक्षर: _____ **रोगी का नाम (मुद्रित करें):** _____ **तिथि:** _____

मेरे द्वारा रोगी को सलाह देने और उसके सभी प्रश्नों के उत्तर देने के बाद रोगी ने मेरी उपस्थिति में रोगी अनुबंध पत्र पर हस्ताक्षर किए। मैंने रोगी को *mifepristone* के लिए चिकित्सा संबंधी गाइड दी है।

प्रदाता के हस्ताक्षर: _____ **प्रदाता का नाम (मुद्रित करें):** _____ **तिथि:** _____

इस रोगी अनुबंध फार्म पर रोगी और प्रदाता के हस्ताक्षर होने के बाद रोगी के ऑफिस छोड़ने से पहले इसकी 1 प्रति रोगी की दें और 1 प्रति चिकित्सा रिकॉर्ड में लगा दें।