

Nhà cung cấp dịch vụ y tế: Tư vấn cho bệnh nhân về các rủi ro của mifepristone. Cả bạn và bệnh nhân đều phải ký vào mẫu đơn này.

Thỏa thuận của bệnh nhân:

1. Tôi đã quyết định dùng mifepristone và misoprostol để chấm dứt thai kỳ của mình và sẽ tuân theo lời khuyên của bác sĩ về thời điểm dùng mỗi loại thuốc và phải làm gì trong trường hợp khẩn cấp.
2. Tôi hiểu rằng:
 - a. Tôi sẽ dùng mifepristone vào Ngày 1.
 - b. Nhà cung cấp dịch vụ của tôi sẽ cho tôi hoặc kê đơn cho tôi viên nén misoprostol, mà tôi sẽ dùng trong 24 đến 48 giờ sau khi tôi dùng mifepristone.
3. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi đã nói chuyện với tôi về những rủi ro, bao gồm:
 - chảy máu nhiều
 - nhiễm trùng
 - thai nằm sai vị trí (thai nằm ngoài tử cung)
4. Tôi sẽ liên hệ với phòng khám chuyên khoa/phòng mạch ngay lập tức nếu trong những ngày sau khi điều trị, tôi bị:
 - sốt từ 100,4°F trở lên, kéo dài hơn bốn giờ
 - đau dữ dội vùng dạ dày (bụng)
 - chảy máu nhiều (thấm qua hai miếng băng vệ sinh dày cỡ đầy đủ mỗi giờ trong hai giờ liên tiếp)
 - đau dạ dày hoặc khó chịu, hoặc tôi "cảm thấy không khỏe", bao gồm suy nhược, buồn nôn, nôn mửa hoặc tiêu chảy, hơn 24 giờ sau khi dùng misoprostol
5. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi đã nói với tôi rằng những triệu chứng này có thể cần được chăm sóc khẩn cấp. Nếu tôi không thể đến phòng khám chuyên khoa hoặc phòng mạch ngay lập tức, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi đã cho tôi biết tôi phải gọi cho ai và phải làm gì.
6. Tôi nên tái khám với nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của mình khoảng 7 đến 14 ngày sau khi tôi dùng mifepristone để chắc chắn rằng thai kỳ của tôi đã kết thúc và tôi khỏe mạnh.
7. Tôi biết rằng, trong một số trường hợp, việc điều trị sẽ không hiệu quả. Điều này xảy ra ở khoảng 2 đến 7 trong số 100 phụ nữ sử dụng phương pháp điều trị này. Nếu thai kỳ của tôi vẫn tiếp tục sau khi điều trị bằng mifepristone và misoprostol, tôi sẽ trao đổi với bác sĩ về biện pháp phẫu thuật để chấm dứt thai kỳ.
8. Nếu tôi cần phẫu thuật vì thuốc không giúp tôi chấm dứt thai kỳ hoặc để chấm dứt việc chảy máu nhiều, nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi đã cho tôi biết liệu họ sẽ thực hiện thủ thuật hay giới thiệu tôi đến một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác.
9. Tôi đã nhận được HƯỚNG DẪN DÙNG THUỐC mifepristone. Tôi sẽ mang theo chúng nếu tôi phải vào cấp cứu hoặc đến một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác với nơi đã cho tôi dùng mifepristone để họ hiểu rằng tôi đang phá thai bằng thuốc mifepristone.
10. Nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của tôi đã trả lời tất cả các câu hỏi của tôi.

Chữ ký của bệnh nhân: _____ **Tên bệnh nhân (Chữ in):** _____ **Ngày:** _____

Bệnh nhân đã ký vào BẢN THỎA THUẬN CỦA BỆNH NHÂN với sự có mặt của tôi sau khi tôi tư vấn cho bệnh nhân và trả lời tất cả các câu hỏi. Tôi đã đưa cho bệnh nhân HƯỚNG DẪN DÙNG THUỐC mifepristone.

Chữ ký của nhà cung cấp: _____ **Tên nhà cung cấp (Chữ in):** _____ **Ngày:** _____

Sau khi bệnh nhân và nhà cung cấp dịch vụ ký THỎA THUẬN CỦA BỆNH NHÂN này, hãy đưa cho bệnh nhân 1 bản trước khi bệnh nhân rời văn phòng và lưu 1 bản vào hồ sơ bệnh án.

03/2021