

स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता: *mifepristone* के जोखिमों के संबंध में रोगी को समझाएं। आप और रोगी दोनों को इस फॉर्म पर एक लिखित या इलेक्ट्रॉनिक हस्ताक्षर करना होगा।

रोगी सहमति:

1. मैंने अपनी गर्भावस्था को समाप्त करने के लिए *mifepristone* और *misoprostol* लेने का फैसला किया है और प्रत्येक दवा कब लेनी है और आपात स्थिति में क्या करना है, इस बारे में अपने स्वास्थ्य सेवा प्रदाता की सलाह का पालन करूंगी।
 2. मैं समझती हूँ कि:
 - क. मैं पहले दिन *mifepristone* लूंगी।
 - ख. मैं *mifepristone* लेने के 24 से 48 घंटे बाद *misoprostol* की गोलियां लूंगी।
 3. मेरे स्वास्थ्य सेवा प्रदाता ने मुझसे जोखिमों के बारे में बात की है, जिनमें शामिल हैं:
 - भारी रक्तस्राव
 - संक्रमण
 4. अगर उपचार के बाद के दिनों में मुझे निम्न समस्याएँ होती हैं, तो मैं तुरंत क्लिनिक/कार्यालय/प्रदाता से संपर्क करूंगी:
 - 100.4°F या इससे अधिक का बुखार जो चार घंटे से अधिक समय तक बना रहे
 - 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 अधिक समय बाद आमाशय के क्षेत्र (पेट) में गंभीर दर्द या बेचैनी, या में "बीमार महसूस करती हूँ", जिसमें कमजोरी, मतली, उल्टी, या दस्त शामिल हैं, - ये लक्षण एक गंभीर संक्रमण या अन्य समस्या (एक अस्थानिक गर्भावस्था, गर्भ के बाहर गर्भावस्था सहित) का संकेत हो सकते हैं।
- मेरे स्वास्थ्य सेवा प्रदाता ने मुझे बताया है कि इन लक्षणों के लिए आपातकालीन देखभाल की जरूरत पड़ सकती है। अगर मैं तुरंत क्लिनिक या कार्यालय नहीं पहुँच सकती तो मेरे स्वास्थ्य सेवा प्रदाता ने मुझे बताया है कि किसे कॉल करना है और क्या करना है।
5. 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।
 6. 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।
 7. अगर मुझे, दवाओं द्वारा मेरी गर्भावस्था को समाप्त नहीं करने के कारण या भारी रक्तस्राव को रोकने के लिए, सर्जिकल प्रक्रिया की जरूरत पड़ती है, तो मेरे स्वास्थ्य सेवा प्रदाता ने मुझे बता दिया है कि, क्या वे यह प्रक्रिया करेंगे, या मुझे इस प्रक्रिया को करने वाले किसी अन्य स्वास्थ्य सेवा प्रदाता के पास भेजेंगे।
 8. मेरे पास *mifepristone* की मेडिकेशन गाइड है।
 9. मेरे स्वास्थ्य देखभाल प्रदाता ने मेरे सभी प्रश्नों के उत्तर दे दिए हैं।

रोगी के हस्ताक्षर: _____ रोगी का नाम (प्रिंट): _____ दिनांक: _____

प्रदाता के हस्ताक्षर: _____ प्रदाता का नाम (प्रिंट): _____ दिनांक: _____

रोगी सहमति फॉर्म कागज़ या इलेक्ट्रॉनिक रूप में दिये, भरे, हस्ताक्षरित किए या भेजे जा सकते हैं।