ЗГОДА НА СТЕРИЛІЗАЦІЮ

ПОПЕРЕДЖЕННЯ: ВАШЕ РІШЕННЯ ВІДМОВИТИСЯ ВІД СТЕРИЛІЗАЦІЇ В БУДЬ-ЯКИЙ МОМЕНТ НЕ ПРИЗВЕДЕ ДО ВІДМІНИ АБО ВІДМОВИ В ОТРИМАННІ ПІЛЬГ, ПЕРЕДБАЧЕНИХ ПРОГРАМАМИ ЧИ ПРОЄКТАМИ, ЯКІ ФІНАНСУЮТЬСЯ З ФЕДЕРАЛЬНОГО БЮДЖЕТУ.

ЗГОДА НА СТЕРИЛІЗАЦІЮ

Я попросив(ла) та отримав(ла) інформацію про стерилізацію від: (лікаря або клініки):

. Коли я вперше звернувся(лася) до лікаря або клініки за інформацією, мені пояснили, що рішення про стерилізацію повністю залежить лише від мене. Мені також повідомили, що я можу відмовитися від стерилізації. Якщо я вирішу відмовитися від стерилізації, це не вплине на моє право отримувати медичну допомогу або лікування в майбутньому. Я не втрачу жодної допомоги чи пільг за програмами, які фінансуються з федерального бюджету, зокрема за Програмою тимчасової допомоги малозабезпеченим сім'ям (англ. – Temporary Assistance for Needy Families/ TANF) або програмою Medicaid, які я отримую зараз або на які я можу мати право в майбутньому. **Я РОЗУМІЮ, ЩО СТЕРИЛІЗАЦІЯ ВВАЖАЄТЬСЯ ОСТАТОЧНОЮ І НЕ МАЄ ЗВОРОТНОЇ ДІЇ. Я ВИРІШИВ(ЛА), ЩО НЕ ХОЧУ ЗАВАГІТНІТИ, ВИНОШУВАТИ ДИТИНУ АБО СТАТИ БАТЬКОМ.** Мене поінформували про тимчасові методи контрацепції, які я можу отримати і які не будуть перешкоджати мені завагітніти або стати батьком у майбутньому. Я відхилив(ла) такі альтернативи та вирішив(ла) пройти стерилізацію.

Я розумію, що мені проведуть стерилізацію шляхом операції, а саме (тип операції):	

Мені пояснили всі незручності, ризики та переваги, пов'язані з цією операцією. На всі мої запитання надано вичерпні відповіді. Я розумію, що операцію проведуть не раніше ніж через 30 днів після підписання мною цієї форми. Я розумію, що можу змінити своє рішення в будь-який момент і що моє рішення відмовитися від стерилізації в будь-який час не призведе до позбавлення мене будь-яких пільг або медичних послуг, що фінансуються федеральними програмами.

Мені щонайменше 21 рік, і я народився(лася) (дата) . Я, ,

цим добровільно даю згоду на стерилізацію, яку проведе (лікар або клініка)

хірургічним методом, а саме методом .

Моя згода втрачає чинність через 180 днів з дати мого підпису нижче. Я також даю згоду на передання цієї форми та інших медичних записів про операцію: представникам Міністерства охорони здоров'я або працівникам програм чи проєктів, які фінансуються цим міністерством, але виключно з метою перевірки дотримання державних та федеральних законів. Я отримав(ла) копію цієї форми.

Ім'я та прізвище друкованими літерами:	
Підпис:	Дата:

ЗАЯВА ПЕРЕКЛАДАЧА(КИ) (якщо для допомоги особі, якій буде проведено стерилізацію, залучено перекладача(ку))

Я переклав(ла) інформацію та рекомендації, які усно були викладені особі, якій буде проведено стерилізацію, особою, що отримує цю згоду.

Я також зачитав(ла) цій особі форму згоди (мова) мовою та пояснив(ла) її зміст. Наскільки мені видається та на мою думку, ця особа зрозуміла такі пояснення.

Ім'я та прізвище друкованими літерами:	
Підпис перекладача/ки:	Дата:

ЗАЯВА ОСОБИ, ЯКА ОТРИМАЛА ЗГОДУ

Перед тим, як (ім'я та прізвище особи) підписав(ла) форму згоди, я пояснив(ла) цій особі суть операції зі стерилізації (тип операції) , а також те, що ця маніпуляція є остаточною та незворотною, та розповів(ла) про пов'язані з нею незручності, ризики та переваги.

Я поінформував(ла) особу, яка бажає пройти стерилізацію, про наявність альтернативних тимчасових методів контрацепції. Я пояснив(ла), що особливість стерилізації полягає в її необоротній дії. Я повідомив(ла) особу, яка бажає пройти стерилізацію, що він(вона) може відкликати свою згоду в будь-який час і що це не призведе до втрати права на медичні послуги або пільги, які фінансуються з федерального бюджету.

Наскільки мені відомо та на мою думку, вік особи, яка бажає пройти стерилізацію, не менше 21 року, і вона не має ознак психічних розладів. Особа свідомо та добровільно висловила бажання пройти стерилізацію і, як видається, розуміє характер та наслідки цієї маніпуляції.

Підпис особи, яка отримала згоду:	Дата:	Установа:

ЗАЯВА ЛІКАРЯ

Незадовго до проведення мною операції зі стерилізації (ім'я та прізвище особи):

дата стерилізації: я пояснив(ла) цій особі суть операції зі стерилізації (тип операції) , а також те, що ця маніпуляція є остаточною та незворотною, та розповів(ла) про пов'язані з нею незручності, ризики та переваги.

- Я поінформував(ла) особу, яка бажає пройти стерилізацію, про наявність альтернативних тимчасових методів контрацепції.
- Я пояснив(ла), що особливість стерилізації полягає в її необоротній дії.
- Я повідомив(ла) особу, яка бажає пройти стерилізацію, що він(вона) може відкликати свою згоду в будь-який час і що це не призведе до втрати права на медичні послуги або пільги, які фінансуються з федерального бюджету.
- Наскільки мені відомо та на мою думку, вік особи, яка бажає пройти стерилізацію, не менше 21 року, і вона не має ознак психічних розладів. Особа свідомо та добровільно висловила бажання пройти стерилізацію і, як видається, зрозуміла характер та наслідки цієї маніпуляції.

(Інструкції щодо альтернативного тексту останнього абзацу:

Використовуйте перший текст наведеного нижче першого абзацу, за винятком випадків передчасних пологів або екстреної операції на черевній порожнині, коли стерилізацію проводять менше ніж через 30 днів після дати підписання особою форми згоди. У таких ситуаціях слід вставити текст другого абзацу, наведеного нижче. Видаліть непотрібний абзац.)

(1) Між датою підписання цією особою форми згоди та датою проведення стерилізації минуло щонайменше 30 днів.

(2) Цю стерилізацію було проведено менше ніж через 30 днів, але більше ніж через 72 години після дати підписання особою цієї форми згоди через наступні обставини (позначте відповідне поле та вкажіть необхідну інформацію):

☐ Передчасні пологи – очікувана дата пологів в особи:	☐ Екстрена операція на черевній порожнині – опишіть обставини:	Підпис:
		Дата: