

XXXXXX健康中心

地址

电话:

## 皮下避孕剂(Nexplanon®)知情同意书

\_\_\_\_我要求植入皮下避孕植入剂（孕酮植入剂Nexplanon®）。

我了解以下内容：

\_\_\_\_在植入皮下避孕植入剂之前我会进行妊娠测试。如果我在过去的14天内进行过无保护性行为，即使已开始早期妊娠，妊娠测试仍可能显示阴性。

\_\_\_\_皮下避孕可以避孕5年。

\_\_\_\_皮下避孕的可能风险包括手臂植入部位发生皮肤感染、皮肤疤痕、瘀血和肿胀。

\_\_\_\_我预期会出现点滴出血和不规则阴道出血。我的月经期可能会改变。在月经期间，我可能会出现月经量增加、月经量减少或不来月经的情况。

\_\_\_\_皮下避孕不能预防性病。我应该使用乳胶避孕套预防性病。

\_\_\_\_我会通过感觉皮肤下是否有小棒样的东西检查该皮下避孕植入剂是否存在。如果我感觉不到小棒样的东西，我会来诊所。

\_\_\_\_我已拿到解释放置皮下避孕植入剂后将会出现什么情况的表单。

\_\_\_\_我同意\_\_\_\_\_为我植入皮下避孕植入剂。

\_\_\_\_如果我已进行性传播感染检测，通过电话能联系我并告知我检测结果：

电话：\_\_\_\_\_ 我们是否可以私密留言？\_\_\_\_\_是\_\_\_\_\_否

患者签名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

医生签名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

见证人：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_