

מדבקה גדולה

טופס הסכמה להזרעה מלאכותית / טיפולי הפריה חוץ גופית עם זרע של תורם לאישה

פנויה

ARTIFICIAL INSEMINATION / IVF
WITH SPERM DONOR – SINGLE
WOMAN

לצורך הזרעה מלאכותית מתורם מתקבל תרחיף זירעונים מוקפא בלבד מבנק זרע מוכר ומורשה על ידי משרד הבריאות.

תרחיף הזירעונים מוזרק לרחם באמצעות קטטר סטרילי בדרך נרתיקית, תוך צווארית או תוך רחמית. הסיכויים הידועים להצלחת הטיפול תלויים, בין היתר, בגורמים לליקויי הפוריות ובגיל האישה והם כ - 15% - 25% למחזור טיפולי אחד.

במקרה של הפריה חוץ גופית יעשה שימוש בזרע לצורך הפריה עם הביצית במעבדה.

הוסברו לי תופעות הלוואי האפשריות, לרבות: כאבי בטן קלים ודימום קל שהולכים ופוחתים בדרך כלל תוך מספר שעות לאחר ההזרעה.

כמו כן, הוסבר לי הסיבוך האפשרי של זיהום באברי המין הפנימיים שלעיתים ילווה בכאב ו/או חום גבוה ויצריך אשפוז ובמקרים נדירים יגרם לחסימת החצוצרות.

על תהליך ההפריה החוץ גופית, הבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך, ביצועו, סיכויי הצלחתו וסיכויי, תופעות הלוואי והסיבוכים האפשריים, קיבלתי הסבר מד"ר _____ וחתמתי בטופס נפרד (טופס הסכמה להפריה חוץ גופית).

הוסבר לי כי יעשה שימוש בזרע מוקפא וכי למרות כל הבדיקות הנערכות בו, אין אפשרות למנוע לחלוטין העברת מחלות באופן מוחלט.

הוסבר לי כי אין כל בטחון שכתוצאה מההזרעה / טיפולי ההפריה החוץ גופית אכנס להריון, או שכתוצאה מההזרעה / טיפולי ההפריה החוץ גופית אלד.

כמו כן, קיימת אפשרות של סיבוכים בעת ההיריון והלידה וכן תיתכן לידה של ילד/ים במצב בריאות פיזי או נפשי לא תקין, או בעלי מום, או עם בעיות תורשתיות או כל סטייה אחרת, כפי שהדבר עלול לקרות בהריון ספונטאני.

אני מצהירה, כי בחירת התורם או התורמים של הזרע שבו יעשה שימוש בהזרעה / הפריה האישה נעשתה במעורבות ישירה שלי בהתאם לבחירתי ובפיקוח הרופא או מי שהוסמך על ידו. הוסבר לי שלא אהיה רשאית לדעת את זהותו של תורם הזרע או את סגולותיו המלאות או כל פרט אחר הקשור בו או במשפחתו של תורם הזרע, שבזרעו נעשה שימוש לצורך הזרעה תוך רחמית או הפריה הביציות.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול בתהליך הזרעה / תהליך הפריה חוץ גופית, עם זרע של תורם.

אני מסכימה שהטיפולים בבית החולים ייעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות הקיימים בבית החולים, ואני מצהירה בזה כי לא הובטח לי שיעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בכפוף לחוק.

אני יודעת ומסכימה כי גם אם תינתן לי האפשרות לשמירת מנות זרע נוספות מאותו תורם תמורת תשלום, לא ניתן להבטיח באופן מוחלט את השימוש העתידי בזרע שנשמר וכי כל שימוש עתידי בזרע ייבחן לגופו של עניין במועד הרלוונטי.

אני מוותרת בשמי, בשם יורשי, עיזבוני ונציגי החוקיים ובשם מי שיבוא במקומי, על כל טענה או כל תביעה מסוג כלשהו בכל הקשור או הנובע מן הבדיקות והטיפולים שיעשו לשם ביצוע ההזרעה / הפריה חוץ גופית, מן ההזרעה / הפריה חוץ גופית עצמה, מבחירת הזרע והתורם או סגולותיו האישיות, התורשתיות, הרוחניות, הגופניות, ארץ מוצאו או העדה עימה הוא נמנה וכן לגבי הילד/ים שיולדו, אם יולדו, מינו/ם מראה/ם החיצוני, אופיו/ם, סגולותיו/ם או מצב בריאות/ם.

אני מסכימה ומצהירה כי הילד/ים שייוולדו/ו כתוצאה מההזרעה או ההפריה החוץ גופית יישאו/ו את שמי ויחשבו/ו כבני/בתי לכל דבר ועניין, לרבות עניין מזונות וירושה.

יש למסור עותק למטופל

מדבקה גדולה

אני מתחייבת לדווח לבנק הזרע על תוצאות הטיפול ועל כל הריון ולידה שבאו בעקבותיו.
הובא לידיעתי כי ניתן להיוועץ בסמכות הלכתית.
הובהר לי שעלי לבצע בדיקות גנטיות, ללא בדיקות אלו בנק הזרע לא יאפשר בחירת מנת זרע.
לפי מיטב ידיעתי, לאחר שבדקתי, איש מבין קרובי משפחתנו מדרגה ראשונה לא תרם זרע.

בזאת אני מצהירה שקראתי את המסמך המצורף, ניתנה לי הזדמנות לשאול שאלות וקיבלתי הסבר מלא לגבי הליך הטיפול.

שם האישה: _____
שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____

אני מצהירה ומאשרת בזאת כי ניתן לי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____
שם משפחה _____ שם פרטי _____

על תהליך ההזרעה מזרע תורם, הבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך, אופן ביצועו וסיכויי הצלחתו (להלן "הטיפול").

תאריך _____ שעה _____ חתימת האישה _____

אני מאשר/ת כי בנוסף למסמך המצורף, הסברתי בעל פה לאישה / למתרגם של האישה* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא חתמה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה (חותמת) _____ חתימת הרופא _____ תאריך ושעה _____

שם המתרגם/ת _____ קשריו למטופלת _____

*מחק/י את המיותר