

שם המטופל

שם משפחה :

שם פרטי :

ת.ז. :

שם האב :

טופס הסכמה ל

טופס בקשה והסכמה להקפאת ביציות

במסמך זה, את מביעה את בקשתך והסכמתך להקפאת ביציות בלבד. אם וכאשר תחליטי להשתמש בביציות אלו, תתבקשי לתת את הסכמתך לשימוש בהן במסמך נפרד. חתימה על טופס זה אינה פוטרת מהצורך בחתימתך על הסכמה מדעת לביצוע פעולת שאיבת הביציות עצמה.

פרטי המטופלת והסכמתה:

תאריך : _____

מס' ת"ז _____

שם : _____ שנת לידה : _____

כתובת : _____ טלפון : _____

מצב משפחתי : _____ טלפון נוסף : _____

כתובת דואר אלקטרוני : _____

סיבה להקפאה : _____

אבחנות ומחלות רקע : _____

1. אני הח"מ מבקשת להקפיא ולשמור את הביציות שלי ביחידה להפריה חוץ-גופית. לאחר שקיבלתי הסבר מהרופא/ה ד"ר _____ ולאחר שקראתי והבנתי את ההסבר שבטופס זה, אני נותנת בזאת את הסכמתי להקפאת ביציות שתשאבנה או שנשאבו מגופי, לשם תהליך הפריה חוץ גופית שיבוצע בעתיד על פי בקשתי.

2. ידוע לי והוסבר לי כי הביציות תשמרנה בהתאם למידע הטכנולוגי הקיים היום, ולטכנולוגיה הזמינה בבית החולים.

3. הוסבר לי ואני מבינה כי אין בטחון שהביציות תשרודנה את תהליך ההקפאה ו/או ההפשרה. כמו כן הוסבר לי כי אין מידע לגבי עמידות הביציות לתקופה ארוכה ותתכן פגיעה בטיבן של הביציות במהלך השנים. הוסברה לי האפשרות של כשל טכני בשמירת הביציות.

4. הוסבר לי כי למרות שעד היום לא נמצאה עליה בשיעור המומים אצל הילודים שנולדו מביציות שהוקפאו בשיטה זו, היקף המידע לטווח ארוך, באשר לבריאותם של הילדים אשר נולדו בעקבות השימוש בטכניקה זו, עדיין חסר.

5. בנוסף הובהר לי והבנתי שבעצם הקפאת הביציות אין התחייבות או ערובה שאהרה או אלד כתוצאה מהפשרת ביציות אלו.

6. אני מתחייבת למסור ליחידה להפריה חוץ גופית בה הוקפאו הביציות שנטלו מגופי את כתובתי העדכנית, מספר הטלפון וכל אמצעי אחר בו ניתן ליצור עימי קשר. כמו כן אני מתחייבת להודיע על

אסותא

שם המטופל

שם משפחה :

שם פרטי :

ת.ז. :

שם האב :

כל שינוי בכתובתי ובפרטי ההתקשרות עימי. ידוע לי והבנתי כי כל הודעה מאת היחידה להפריה חוץ גופית תשלח למען ולפרטי ההתקשרות אותם מסרתי.

7. אני פוטר את המדינה, משרד הבריאות, המרכז הרפואי, היחידה להפריה חוץ גופית, ההנהלה, הצוות או כל גוף אחר מטעמו, מכל אחריות לכל נזק ישיר או עקיף שיגרם לביציות, עקב הרס הביציות או אי היכולת להשתמש בהן או להרות או כל תוצאה אחרת שנגרמה בשל ביצוע הנחיות בטופס זה.

8. אני מאשרת בזאת כי הביציות תוקפאנה ותשמרנה ביחידה להפריה חוץ גופית לתקופה של עד 5 שנים. אני מבינה ומאשרת כי במידה ולא אודיע בכתב ומראש ליחידה על רצוני בהמשך השמירה לתקופה נוספת, עד 60 יום טרם חלוף תקופת 5 השנים האמורה, תהיה היחידה להפריה חוץ גופית רשאית, להפסיק ולשמור את הביציות עבורי, ולפעול בהתאם להוראות מסמך זה. אני מבינה ומאשרת כי עד 60 יום טרם חלוף כל תקופת שמירה נוספת, אהיה חייבת להודיע בכתב ומראש ליחידה להפריה חוץ גופית אם ברצוני להמשיך ולשמור את הביציות המוקפאות לתקופה נוספת. במידה שלא אודיע בכתב על רצוני כאמור – תהיה היחידה להפריה חוץ גופית רשאית להפסיק לשמור את הביציות עבורי ולפעול בהתאם למסמך זה. במקרה זה לא תהיה לי עוד יכולת להשתמש בביציות למטרות הולדה. במידה ולא אודיע על רצוני בכתב כאמור, לא תהיה לי כל טענה או תביעה כלפי המדינה, משרד הבריאות, המרכז הרפואי, היחידה להפריה חוץ גופית, ההנהלה, הצוות או כל גורם אחר מטעם מי מהם, בנוגע לאי שמירת הביציות או בנוגע לנזקים שייגרמו לי כתוצאה מכך. אני מבינה כי עלי לשלם במועד את הסכומים שידרשו ממני ע"י היחידה להפריה חוץ גופית בהתאם להסכם שיערך עימה, ובהתאם לכל דין. ידוע לי כי **אין בחתימה על טופס זה כדי לגרוע מזכות בית החולים לפעול לגביית חובות כספיים עבור שנות ההקפאה.**

9. אני מבינה ומתחייבת בזאת כי הביציות המוקפאות תשמרנה אותי בלבד, ולא נועדו לשימושה של אישה אחרת או כל אדם אחר מלבדי, למעט במקרים שאסכים להם כמפורט במסמך זה.

10. לאחר מותי, במידה והדבר יידוע לבית החולים, אני מבקשת כי (סמני אחת מהחלופות הבאות) :
☐ הביציות תופשרנה כך שלא תוכלנה לשמש להולדה

☐ הביציות תתרמנה כתרומה אנונימית, בכפוף להמלצה רפואית, לפי חוק תרומת ביציות ובכפוף לכל דין. לצורך כך נדרש מילוי הטפסים לתורמת מטופלת בחוזר "תרומת ביציות."

☐ אני מבקשת לתרום את הביציות שלי לנתרמת או לנתרם מסוימים (שם... ת"ז... פרטי התקשרות...)

במידה ויפנו בכתב ויבקשו לעשות שימוש בביציות לכל המאוחר בתום תקופת השמירה. לצורך כך נדרש מילוי הטפסים לתורמת מטופלת בחוזר "תרומת ביציות."

☐ אני מבקשת לקבוע כי בן / בת זוגי (שם... ת"ז... פרטי התקשרות...) יוכלו להורות בשמי, לאחר מותי, שהביציות שלי תתרמנה לנתרמת או נתרם מסוימים שהוא / היא יבחרו. יובהר כי אין באמור כדי להטיל חובה על בן / בת הזוג להורות על תרומת הביציות. לצורך כך נדרש מילוי הטפסים לתורמת מטופלת בחוזר "תרומת ביציות."

☐ אני מבקשת לקבוע כי אבי / אמי / שניהם (שם... ת"ז... פרטי התקשרות...) יוכלו להורות בשמי, לאחר מותי, שהביציות שלי תתרמנה לנתרמת מסוימת שהם יבחרו. אין באמור כדי להטיל על הגורמים האמורים חובה להורות על תרומת הביציות. לצורך כך נדרש מילוי הטפסים לתורמת מטופלת בחוזר "תרומת ביציות."

שם המטופל

שם משפחה :

שם פרטי :

ת.ז. :

שם האב :

☐ ככל שתהי היתכנות משפטית ובכפוף לכל דין, אני מאשרת שבן זוגי (שם... ת"ז... פרטי התקשרות)... יוכל להשתמש בביציות להולדה, במידה ויהיה מעוניין בכך, ואני ארשם כאם הילד שיולד, בהתאם למצב המשפטי שיחול באותה עת.
ידוע לי כי במידה ולא אבחר באחת מהאפשרויות שלעיל – הביציות יופשרו.

11. בתום תקופת השמירה, ובמידה שלא הודעתי על רצוני להמשיך ולשמור את הביציות לתקופה נוספת, אני מורה כי (סמני אחת מהחלופות הבאות) :
☐ הביציות תופשרנה כך שלא תוכלנה לשמש להולדה ;
☐ הביציות תועברנה לשימוש למטרת מחקר שאושר כדין (בשום מקרה לא יישמשו הביציות להולדת ילד/ים במסגרת מחקר).
☐ אני מבקשת לתרום לפחות חלק מהביציות, כתורמת מטופלת, בכפוף לאישור רופא אחראי לפי חוק תרומת ביציות. לצורך כך נדרש מילוי הטפסים הרלוונטיים בחוזר "תרומת ביציות" 46/2011.
ידוע לי כי במידה ולא אבחר באחת מהאפשרויות שלעיל – הביציות יתופשרנה.

12. ידוע לי כי החזרת ביציות מופרות לרחם, תתבצע בהתאם לכל דין ולהמלצות המקצועיות של ההסתדרות הרפואית, כגון הגיל המקסימלי להחזרת ביציות מופרות ומספר הביציות המופרות שיועברו לרחם, ובהתאם לשיקול דעת הרופא המטפל ומנהל היחידה להפריה חוץ גופית. אני מצהירה בזאת כי קראתי בעיון את טופס ההסכמה להליך הקפאת הביציות וכי הייתה לי הזדמנות לשאול שאלות בעניין זה.
ולראיה באתי על החתום. _____ :

חותמת וחתימת הרופא המטפל / מנהל היחידה להפריה חוץ גופית :

_____ : מקום החתימה : _____ : תאריך החתימה : _____ :
שעת החתימה : _____ :

אסותא