



נשאות ללא בדיקה גנטית אם יחידנית

לכבוד: בית חולים אסותא מרכזים רפואיים

שם המטופלת: _____ ת"ז: _____

המטופלת מעוניינת להרות באמצעות שימוש בתרומת ביציות ובזרע תורם, ומודעת לכך שהתורם לא השלים את כלל הבדיקות הגנטיות האפשריות וכי ייתכן שהנושא של מוטציות שלא נבדקו בסקר הגנטי שביצע.

המטופלת מבינה כי לא ניתן לבצע בזרע בדיקות נוספות ו/או משלימות.

המטופלת מודעת לכך שבמידה שקיימת נשאות למוטציה גנטית שלא נבדקה תיתכן תחלואה משמעותית ליילוד ומודעת לאפשרות לבחור תורם זרע אחר שייתכן שכן השלים בירור גנטי נרחב יותר.

אני, הרופא/ה המטפל/ת מאשר/ת כי כל ההסברים בנושא ניתנו על ידי, איפשרתי למטופלת לשאול שאלות ואני מתרשם/ת כי המטופלת מבינה את המשמעות של שימוש בזרע תורם שלא השלים את כלל הבדיקות הגנטיות האפשריות.

חתימת הרופא/ה המטפל/ת: _____ תאריך: _____

=====

אני מאשרת כי הוסברה לי החשיבות בביצוע בדיקות גנטיות, והבנתי שבאמצעות הבדיקות הנ"ל ניתן לזהות חלק מהמחלות המועברות באופן גנטי.

אני מבינה כי בזרע בו אני משתמשת בוצעו בדיקות חלקיות בלבד. אני מבינה כי לא ניתן לבצע בזרע זה בדיקות נוספות ו/או נרחבות.

הוסבר לי והבנתי שבמידה וקיימת נשאות למוטציה גנטית שלא נבדקה, תיתכן תחלואה משמעותית ליילוד. אני מצהירה כי לא תהיה לי כל טענה כלפי הרופא/ה המטפל/ת ו/או אסותא, שכן אני קיבלתי את ההחלטה להשתמש בתרומת זרע עברה לא ניתן לבצע את הבירור הגנטי שהומלץ, וזאת לאחר שהבנתי את השלכותיה על כל המשתמע מכך.

חתימת המטופלת: _____ תאריך: _____

חתימת הרופא/ה המטפל/ת: _____ תאריך: _____