

מדבקה האישה

העברת תשובות של בדיקות מעבדה / בדיקות עדכניות - ליחידת IVF

אנו:

שם האישה: _____ ת.ז.: _____

שם בן הזוג: _____ ת.ז.: _____

מאשרים בזאת כי:

☐ הובהר לנו כמקובל, ששבוע לפני התחלת הטיפול הנוכחי עלינו להעביר את כל תשובות בדיקות המעבדה ו/או בדיקות אחרות כפי שהתבקשנו, ליחידת ה - IVF באסותא.

☐ קיבלנו הפנייה לביצוע בדיקות מעבדה עדכניות.

הובהר לנו, שללא בדיקות אלו במועד, לא נוכל לבצע טיפול נוסף כלשהו, כגון: שאיבה, החזרת עוברים או כל פעולה אחרת המבוצעת ביחידת IVF באסותא (ליחידת ה - IVF, יש את הזכות לבטל את המשך הטיפול ללא כל התחייבות להחזר כספי).

ידוע לנו שבמידה והבדיקות לא הגיעו מקופת חולים ועל מנת להימנע מביטול הפעולה, יש באפשרותנו לבצען בדחיפות (בתשלום נוסף) בבית חולים אסותא או מעבדה פרטית.

חתימת המטופלת: _____

חתימת בן הזוג: _____

תאריך: _____

עד לחתימה – איש צוות:

שם מלא: _____ ת.ז.: _____

חתימה: _____

מדבקה

טופס הסכמה לקבלת הוראות טיפול תרופתי מרחוק

שם האישה: _____ ת.ז.: _____

שם בן הזוג: _____ ת.ז.: _____

הנני/ו נותנת/ים בזה את הסכמתי/נו לקבל באמצעות: הטלפון / דואר אלקטרוני את ההוראות הטיפול כפי שיינתנו על ידי רופאי היחידה / רופא פרטי / אחות, בהתייחס לכל טיפולי הפיריון.

מספר טלפון / דואר אלקטרוני שבהם ניתן למסור את ההוראות הרפואיות, במקרה ולא אתקשר לבררם בעצמי הינם:

מספר טלפון: _____ מספר טלפון נוסף: _____

דואר אלקטרוני: _____

במידה ולא ניתן להשיג אותי/נו, אבקש למסור את ההוראות ל:

שם מלא: _____ מספר טלפון: _____ קרבה: _____

תנאים נוספים שהנני/ו מבקשת/ים כדי להבטיח סודיות הינם:

חתימת האישה: _____ חתימת בן הזוג: _____

תאריך: _____

עד לחתימה:

שם מלא: _____ ת.ז.: _____ חתימה: _____

מדבקה	מדבקה
-------	-------

ייפוי כוח למספר הביציות המופרות המוחזרות לרחם

אני החתום מטה:

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

עובר ביחד עם בת זוגי:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת.ז.: _____
(להלן "בת הזוג"),

טיפולי הפריה חוץ גופית בבית החולים "אסותא".

במידה שלא אהיה נוכח בשלב החזרת הביציות המופרות, אני מייפה בזאת את כוחה של בת זוגי להחליט באופן בלעדי על מספר הביציות המופרות שיוחזרו לרחמה.
תוקף ייפוי הכוח הוא לשנה מיום חתימתו או עד לביטולו בהודעה שתשלח על ידי בכתב ותאושר על ידי בית החולים, לפי המוקדם.

במידה ולא אעביר בכתב הנחייה אחרת, יהיה האישור הנוכחי בר תוקף למשך שנה מיום חתימתו ולא תהיה לי טענה מסוג כל שהוא ליחידה בשל השימוש בביציות המופרות בהתאם לאמור במסמך הנוכחי.

תאריך: _____ חתימה: _____

עד לחתימה:

שם מלא: _____ ת.ז.: _____

חתימה: _____

מדבקה

הסכמה להקפאת ביציות מופרות ומתן הנחיות על גורלן בסיום תקופת השמירה

המסמך ייחתם ע"י המטופלים: גבר ואשה; זוג נשים; זוג גברים שהביציות המופרות שייכות להם; אישה בלבד כאשר אין לה בן זוג והביציות מופרות בזרע תורם; גבר בלבד שהביציות המופרות שייכות לו. העתק מהמסמך החתום ימסר למטופלים.

פרטי המטופלים

מטופל/ת: תאריך: _____ מס' ת"ז _____ שם: _____ שנת לידה: _____
מצב משפחתי: _____ כתובת: _____
טלפון קווי: _____ טלפון נייד: _____ טלפון נוסף: _____
דואר אלקטרוני: _____

מטופל/ת: תאריך: _____ מס' ת"ז _____ שם: _____ שנת לידה: _____
מצב משפחתי: _____ כתובת: _____
טלפון קווי: _____ טלפון נייד: _____ טלפון נוסף: _____
דואר אלקטרוני: _____

אני/אנו בטיפול הפריה חוץ גופית או החזרת ביציות מופרות מוקפאות. בגמר הטיפול עשויות להיות ביציות מופרות שלא הוחזרו לחלל הרחם, המתאימות להקפאה לשימוש עתידי, אני/אנחנו מבקשים שהן יוקפאו לתקופה של עד 5 שנים ללא תשלום נוסף.

אם יוחלט על הקפאתן אני / אנו מבקשים שבתום 5 שנים יעשה בהן אחת מהחלופות הבאות

☐ הקפאתן לתקופה של עד חמש שנים נוספות, בכפוף להסדרת תשלום מראש

☐ הפשרתן, שמשמעה חוסר יכולת להשתמש בהן למטרת הולדה

☐ תרומתן למחקר שיאושר כדין.

ברור לי/לנו כי העדר בחירה באחת מהאפשרויות לעיל משמעותה הסכמה להפשרת הביציות המופרות כעבור 5 שנים באופן שלא יאפשר להשתמש בהן למטרת הולדה.

אני/ו מבינה/ים ומאשרת/ים כי לכל המאוחר חודשיים בטרם חלוף תקופת השמירה או תקופת השמירה הנוספת (כל תקופה בת 5 שנים לכל היותר, כפי שסוכם ביני/נו לבין היחידה להפריה חוץ גופית) אודיע/נודיע בכתב ומראש ליחידה להפריה חוץ גופית אם ברצוני/נו להמשיך ולשמור את הביציות המופרות המוקפאות לתקופה נוספת.

אני/נו מבין/נה/ים ומאשרת/ים/ות כי במידה ובחרנו בהמשך הקפאה, עלינו לשלם את דמי השמירה לתקופה של עד 5 שנים נוספות. במידה ולא נעשה כן לכל המאוחר עד חלוף תקופת השמירה הראשונה (5 שנים מתאריך הקפאת העובריים), ולאחר שיעשה מאמץ סביר לאתר אותנו כפי שמתואר בחוזר בנושא "הנחיות ליחידות הפריה חוץ גופית (IVF) אודות טיפול בביציות מופרות", היחידה להפריה חוץ - גופית תפסיק לשמור את הביציות המופרות עבורי/נו, ותפעל להפשרתן, כך שלא ניתן יהיה לעשות בהן שימוש לצורך הולדה או לכל מטרה אחרת.

במידה ונשנה את דעתנו במהלך תקופת השמירה, עלינו להודיע על כך ליחידה לא יאוחר מחודשיים בטרם סיום תקופת השמירה ככל שלא נעשה כן, תפעל היחידה להפריה חוץ גופית לפי החלופה שסומנה בטופס.

כל האמור לעיל אינו גורע מזכות בית החולים לפעול לגביית חובות כספיים ממני/מאתנו עבור שנות ההקפאה.

לאחר שקיבלתי/נו הסבר מהרופא/ה ד"ר _____ ולאחר שקראתי/נו והבנתי/ו את ההסבר שבטופס זה, אני/ו נותנת/נים בזאת את הסכמתנו/נו להקפאת הביציות המופרות.

ידוע לי/לנו והוסבר לי/לנו כי הביציות המופרות תשמרנה בהתאם למידע הקיים היום, ולטכנולוגיה הזמינה בבית החולים.

הוסבר לי/לנו ואני/אנחנו מבין/ה/נים כי אין בטחון שההקפאה תצליח, או שהביציות המופרות תשרודנה את תהליך ההקפאה ו/או ההפשרה או שיושג הריון או לידה כתוצאה מהפשרתן והשימוש בהן.

כמו כן הוסבר לי/לנו כי קיים מידע חלקי בלבד לגבי עמידות ביציות מופרות לתקופה ארוכה ותתכן פגיעה באיכותן של הביציות המופרות במהלך השנים. הוסברה לי/לנו האפשרות של כשל טכני בשמירת הביציות המופרות.

אני/אנו מתחייב/ים למסור ליחידה להפריה חוץ-גופית בה הוקפאו הביציות המופרות את כתובתנו העדכנית, מספר הטלפון ודוא"ל (במידה ויש) בהם ניתן ליצור עמי/נו קשר. כמו כן אני/ו מתחייב/ים להודיע על כל שינוי בכתובת ובפרטי ההתקשרות עמי/נו.

ידוע לי/נו והבנת/נו כי כל הודעה מאת היחידה להפריה חוץ-גופית תשלח לכתובת ולפרטי ההתקשרות אותם מסרת/נו.

אני/ו מבין/נה/ים ומתחייב/ים בזאת כי הביציות המופרות המוקפאות תשמשנה אותי/נו בלבד, ולא נועדו לשימושה של אישה אחרת או כל אדם אחר מלבדי/נו, למעט במקרים שא/נסכים להם כמפורט במסמך זה. הוסבר לי/נו כי אני/ו רשאים/ים להביע את רצוני/נו מה יעשה בביציות המופרות המוקפאות שייוותרו במקרה של פטירת אחד/ת מאתנו, אולם, ניתן יהיה לעשות בהן שימוש רק בהתאם למצב המשפטי שיחול באותה עת, ובכפוף לפי כל דין.

אני מבקש/ת/ים כי לאחר מותי / מותו של אחד מאיתנו ינהגו בביציות המופרות כדלקמן. סמנו בחירתכם ב-
☐ המתאים ומחקו את הסעיפים האחרים:

☐ אני/אנחנו מבקש/ת/ים שהביציות המופרות תופשרנה, כלומר שלא ניתן יהיה להשתמש בהן למטרת הולדה

☐ אנחנו מבקשים לתרום את הביציות המופרות למחקר שיאושר כדין

☐ ככל שתהיה היתכנות משפטית ובכפוף לכל דין, אני מאשרת לבן זוגי להשתמש בביציות המופרות להולדה, במידה ויהיה מעוניין בכך, ואני ארשם כהורה של הילד שיוולד, בהתאם למצב המשפטי שיחול באותה עת.

ידוע לי כי החזרת ביציות מופרות לרחם, תתבצע 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/ו מצהירה/ים בזאת כי קראנו בעיון את טופס ההסכמה להליך הקפאת הביציות המופרות. הייתה לי/נו הזדמנות לשאול שאלות אודות מידע זה.

לראיה באתי/נו על החתום:

תאריך _____ חתימת האישה/הגבר _____ חתימת בן/בת זוג _____
שם: _____ ת"ז: _____ שם: _____ ת"ז: _____

חתימה וחותמת רופא מהיחידה להפריה חוץ גופית _____
מקום החתימה: _____ תאריך החתימה: _____ שעת החתימה: _____