

מדבקה גדולה

טופס הסכמה להפריה חוץ גופית (IVF) לאישה מתרומת ביציות להחזרה לרחמה של המטופלת OVA DONATION

הטיפול בתרומת ביציות מוצע לנשים המועמדות לטיפול בהפריה חוץ גופית, שאינן מייצרות ביציות באופן עצמוני מפאת חסרונן של השחלות או עקב כשל שחלתי מוחלט, או במקרים שבהם תגובת השחלות לתרופות משרות ביוץ ירודה ובמקרים בהם קיים פגם בביציות המונע את הפריית התקינה. הביציות הנתרמות תופרנה בזרע בן הזוג ו/או בזרע שנתקבל מבנק הזרע.

אישה שנמצאה מתאימה לטיפול IVF בתרומת ביציות, תטופל בתכשירים הורמונליים, אסטרואגן ובהמשך פרוגסטרון, באופן מחזורי, על מנת להכין את רירית הרחם לקליטת העוברים שיתפתחו לאחר הפריה הביציות שנתרמו. ניתן לבצע את הטיפול ההורמונלי בעיתוי שיתאים להחזרת העוברים מיד לאחר ההפריה או במועד מאוחר יותר. במקרים בהם הטיפול ההורמונלי אינו ניתן במקביל, יש להקפיד את העוברים המתקבלים מההפריה ולשומרם בבנק העוברים עד למועד בו יוחלט להחזירם לגוף האישה.

שיעורי ההריון המתקבלים מעוברים מוקפאים שהופשרו נמוכה מאלו של עוברים שלא הוקפאו. לאחר החזרת העוברים לרחם יש להמשיך את הטיפול ההורמונלי התומך עד לביצוע בדיקת הדם לברור קיום ההריון. אם התפתח ההריון, הטיפול ההורמונלי ימשך על פי הנחיות הרופא/ה המטפלת.

אני/נו מצהירה/ים ומאשרת/ים בזאת כי הוסברו לי **דרכי הטיפול החלופיות**, האפשרויות בנסיבות המקרה, לרבות הסיכונים והסיכונים הכרוכים בכל אחד מהליכים אלה.

כמו כן הוסברו לי/נו הסיכונים והסיכונים של שימוש בתכשירים הורמונליים המוזכרים לרבות: פקקת של הורידים, תסחיפים וגידולים באברי מין נשיים.

ידוע לי/לנו ואנו מבינה/ים כי טופס הסכמה זה הינו נספח לטופס הסכמה להפריה חוץ גופית, שבו הסבר כולל על התהליך, התופעות הנלוות, הסיכונים והסיכונים של ביצוע הפריה חוץ גופית.

ידוע לי/נו כי בחירת התורמת של הביצית איננה נערכת על ידי אסותא ו/או מי מטעמה וכי כל התהליך נערך על ידי גורם מקשר ו/או על ידי ספק חיצוני ו/או על ידי הרופא/ה המטפלת ולפי שיקול דעתו והנחייתו.

הוסבר לי/נו כי בביצית התורמת נערכות בדיקות בהתאם להנחיית משרד הבריאות, אך אין בהן כדי למנוע העברת מחלות ובכלל זה מחלות גנטיות באופן מוחלט.

הוסבר לי/נו שניתן לפנות באופן פרטי לייעוץ גנטי, בכדי לקבל הסבר מגורם מקצועי בתחום זה, כדי לקבל מידע עדכני לגבי בדיקות גנטיות האבחנתיות אפשריות לעובר בטרם השרשנו ו/או במהלך ההריון.

כמו כן, קיימת אפשרות של **סיבוכים** בעת ההריון והלידה וכן תיתכן לידה של ילד/ים במצב בריאות פיזי או נפשי לא תקין, או בעלי מום או בלתי נורמליים וכן בעלי נטיות תורשתיות או כל סטייה אחרת מהרגיל, כפי שהדבר עלול לקרות בהריון טבעי.

אני/נו נתנת/ים בזאת את הסכמת/ינו לביצוע הטיפול.

אני/נו יודעת/ים ומסכימה/ים לכך שהטיפול וכל ההליכים האחרים יעשו על ידי הרופא/ה המטפלת ו/או בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד.

הובהר לי, כי תהליך IVF הוא תהליך התערבותי מעצם טבעו, הכולל מתן תרופות הורמונליות, פעולות ניתוחיות, פעילות מעבדתית ושימוש בטכנולוגיות מקרוסקופיות הכרוכות בהפעלת מכשור מורכב. על רקע מורכבות התהליך הוסבר לי/נו כי השימוש בתרומת ביצית אין בו ערובה להצלחת התהליך ו/או כל אחד משלביו וכי האישה תהרה ו/או תלד.

אני/נו מוותרת/ים בזאת בשמי/נו, בשם יורשי/נו, עזבוני/נו ונציגי/נו החוקיים ובשם כל מי שיבוא במקומי/נו על כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בכל הקשור או הנובע מן הבדיקות והטיפולים שיעשו לשם ביצוע ההפריה מבחירת הביצית והתורמת או סגולותיה האישיות, התורשתיות, הרוחניות, הגופניות, ארץ מוצאה או העדה עימה היא נמנית וכן לגבי הילד שיוולד, אם יולד, מינו, מראהו החיצוני, אופיו, סגולותיו או מצב בריאותו.

אני/נו מסכימה/ים ומצהירה/ים כי הילד שיוולד מתרומת הביציות יישא את שמי/נו ויחשב כבני/נו לכל דבר ועניין, לרבות לעניין מזונות וירושה.

יש למסור עותק למטופל

מדבקה גדולה

במקרה של שימוש בזרע תורם:

הוסבר לי/נו כי שימוש בזרע מוקפא, למרות כל הבדיקות הנערכות בו, אין בו כדי למנוע העברת מחלות ובכלל זה מחלות גנטיות באופן מוחלט.

אני/ו מסכימה/ים כי התורם או התורמים של הזרע בו יעשה שימוש בהפריית הביצית, או הזרע עצמו יבחר על ידי הרופא/ה האמור/ה ולפי שיקול דעתו/ה הבלעדי/ת ולא אהיה/נהיה רשאית/ים לדעת את זהותו של האדם שבזרעו נעשה שימוש להזרעת הביצית, או את סגולותיו, או כל פרט אחר הקשור בו או במשפחתו.

אני/ו מוותרת/ים בזאת בשמי/נו בשם יורשינו, עזבונינו ונציגי/נו החוקיים ובשם כל מי שיבוא במקומי/נו, על כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בכל הקשור או הנובע מן הבדיקות והטיפולים שיעשו לשם ביצוע ההזרעה, מן ההזרעה עצמה, מבחירת הזרע והתורם או סגולותיו האישיות, התורשתיות הרוחניות, הגופניות, ארץ מוצאו או העדה עימה הוא נמנה וכן לגבי הילד שיולד, אם יולד, מינו, מראהו החיצוני, אופיו, סגולותיו או מצב בריאותו.

אני/ו מסכימה/ים ומצהירה/ים כי הילד שיולד כתוצאה מהזרעה יישא את שמי/נו ויחשב כבני/נו לכל דבר ועניין, לרבות לעניין מזונות וירושה.

אני הח"מ מודעת לכך שיתכן שבמועד שחוררי, הרופא/ה אשר י/תבצע את הטיפול, לא יהיה נוכח/ת במעמד השחרור. במקרה זה, אני נותנת הסכמתי לכך שרופא/ה אחר/ת מטעמו/ה י/תבצע את הליך השחרור שלי.

שם האישה:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
----------	---------	--------	------

שם בן הזוג:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
----------	---------	--------	------

אני/ו מצהירה/ים ומאשרת/ים בזאת כי ניתן לי הסבר מפורט בעל פה מד"ר

שם פרטי	שם משפחה
---------	----------

על קיום ליקוי או חסר בביציות בגוף האישה ועל הצורך בתרומת ביציות כבסיס לטיפול IVF (להלן: "הטיפול").

תאריך	שעה	חתימת האישה	חתימת בן הזוג
-------	-----	-------------	---------------

אני מאשרת/י כי הסברתי בעל פה לאישה / לבני הזוג / למתרגם/ת* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי האישה / בני הזוג חתמה/ו על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה/ו את הסבריי במלואם.

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

הצהרת המתרגם/ת: אני מצהיר/ה כי תרגמתי באופן מלא ושלם מסמך זה ואת ההסבר של הרופא/ה לשפתה/ם של האישה / בני הזוג וכן את שאלות האישה / בני הזוג לרופא/ה.

שם המתרגם/ת	קשריו לאישה/בני הזוג	חתימת המתרגם/ת	תאריך ושעה
-------------	----------------------	----------------	------------

*מחק/י את המיותר