

מדבקה גדולה

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

בני זוג

ARTIFICIAL INSEMINATION / IVF
WITH SRERM DONOR - COUPLE

הזרעה מלאכותית עם זרע תורם מתבצעת במקרים בהם לא מתאפשר הריון מזרעו של בן הזוג.

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

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

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

על תהליך ההפריה החוץ גופית, הבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך, ביצועו, סיכויי הצלחתו וסיכונים, תופעות הלוואי והסיכונים האפשריים, קיבלנו הסבר מד"ר: _____ וחתמנו בטופס נפרד (טופס הסכמה להפריה חוץ גופית).

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

הוסבר לנו כי אין כל בטחון שכתוצאה מההזרעה / מטיפול ההפריה החוץ גופית אכנס להריון, או שכתוצאה מההזרעה / מטיפול 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, בלתי נורמליים, בעיות תורשתיות או כל סטייה אחרת, כפי שהדבר עלול לקרות בהריון ספונטאני.

אנו מצהירים, כי בחירת התורם או התורמים של הזרע שבו יעשה שימוש בהזרעה / הפריה האשה נעשתה במעורבות ישירה שלנו, בהתאם לבחירתנו ובפיקוח הרופא או מי שהוסמך על ידו. הוסבר לנו שלא נהיה רשאים 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.

אנו נותנים בזאת את הסכמתנו לביצוע הטיפול בתהליך ההזרעה / תהליך הפריה חוץ גופית, עם זרע של תורם.

אנו מסכימים שהטיפולים בבית החולים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו בהתאם לנהלים ולהוראות הקיימים בבית החולים, ואנו מצהירים בזה כי לא הובטח לנו שיעשו כולם או חלקם בידי אדם מסוים ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בכפוף לחוק.

אנו יודעים ומסכימים כי גם אם תינתן לנו 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.

אנו מוותרים בשמנו, בשם יורשנו, עיזבוננו ונציגנו החוקיים ובשם מי שיבוא במקומנו, על כל טענה או כל תביעה מסוג כלשהו בכל הקשור או הנובע מן הבדיקות והטיפולים שיעשו לשם ביצוע ההזרעה / הפריה חוץ גופית, מן ההזרעה / ההפריה החוץ 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 בריאותו/ם.

חתימת המטופלים: _____

יש למסור עותק למטופל

מדבקה גדולה

אנו מסכימים ומצהירים כי הילד/ים שיוולדו/ו כתוצאה מההזרעה / ההפריה החוץ גופית יישא/ו את שמנו ויחשב/ו כבנו/בתנו לכל דבר ועניין, לרבות עניין מזונות וירושה.

אנו מתחייבים לדווח לבנק הזרע על תוצאות הטיפול ועל כל הריון ולידה שבאו בעקבותיו.

הובא לידיעתך כי ניתן להיוועץ בסמכות הלכתית.

הובהר לנוי שעלי לבצע בדיקות גנטיות, ללא בדיקות אלו בנק הזרע לא יאפשר בחירת מנת זרע.

לפי מיטב ידיעתנו, לאחר שבדקנו, איש מבין קרובי משפחתנו מדרגה ראשונה לא תרם זרע.

בזאת אנו מצהירים שקראנו את המסמך המצורף, ניתנה לנו הזדמנות לשאול שאלות וקיבלנו הסבר מלא לגבי הליך הטיפול.

אנו:

שם האישה:

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

שם בן הזוג:

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

הננו בני זוג נשואים או מוכרים כבני זוג (במקרה זה יש צורך באישור עורך דין).

שם פרטי	שם משפחה
---------	----------

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

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

אני מאשר/ת כי בנוסף למסמך המצורף, הסברתי בעל פה לבני הזוג / למתרגם של בני הזוג* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הם חתמו על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינו את הסברי במלואם.

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

שם המתרגם/ת	קשריו למטופל/ת
-------------	----------------

*מחק/י את המיותר