

## לאשה נשואה מתורמת ביציות (IVF) הפרייה חוץ גופית

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

בתרומת ביציות, תטופל בתכשירים הורמונליים, אסטרוגן ובהמשך IVF אישה שנמצאה מתאימה לטיפול פרוגסטרוגן, באופן מחזורי, על מנת להכין את רירת הרחם לקליטת העוברים שיתפתחו לאחר הפריית הביציות שנתרמו. ניתן לבצע את הטיפול ההורמונלי בעיתוי שיתאים להחזרת העוברים מיד לאחר ההפרייה או במועד מאוחר יותר. במקרים בהם הטיפול ההורמונלי אינו ניתן במקביל, יש להקפיד את העוברים המתקבלים מההפרייה 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 הריון. אם התפתח הריון, הטיפול ההורמונלי ימשך על פי הנחיות הרופא המטפל.

שם האשה:

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_

שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

שם הבעל:

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_

שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

אני/אנו מצהירה/ים ומאשרת/ים בזאת שקיבלתי/נו הסבר מפורט בעל פה מד"ר

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_

("להלן: "הטיפול") IVF על קיום ליקוי או חסר בביציות בגוף האישה ועל הצורך בתרומת ביציות כבסיס לטיפול. כמו כן הוסברו לי/נו הסיכונים והסיבוכים של שימוש בתכשירים הורמונליים המזכרים לרבות: פקקת של הורידים, תסחיפים וגידולים באברי מין נשיים.

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

אני/אנו מסכימה/ים לכך כי התורמת של הביצית בה יעשה שימוש תבחר על ידי הרופא לפי שיקול דעתו הבלעדי ולא אהיה/נהיה רשאית/ים לדעת את זהותה של התורמת, או את סגולותיה, או כל פרט אחר הקשור בה או במשפחתה.

הוסבר לי/לנו כי בביצית התורמת נערכות בדיקות שונות, אך אין בהן כדי למנוע העברת מחלות באופן מוחלט.

הוסבר לי/לנו כי השימוש בתרומת ביצית אין בו ערובה שהאשה תהרה ו/או תלד.

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 סטיה אחרת מהרגיל, כפי שהדבר עלול לקרות בהריון טבעי.

אני/אנו נותנת/ים בזאת את הסכמתנו לביצוע הטיפול

אני יודעת/ים ומסכימה/ים לכך שהטיפול וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי/לנו שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

אני/אנו מוותרת/ים בזאת בשמי/בשמנו, בשם יורשי/יורשנו, 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 ההפרייה 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 ישא את שמי/נו ויחשב כבני/נו לכל דבר ועניין, לרבות לעניין מזונות וירושה.

במקרה של שימוש בזרע תורם

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

אני/אנו מסכימה/ים כי התורם או התורמים של הזרע בו יעשה שימוש בהפריית הביצית, או הזרע עצמו יבחר על ידי הרופא האמור ולפי שיקול דעתו הבלעדי 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/אנו מוותרת/ים בזאת בשמי/בשמנו 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 ההזרעה, מן ההזרעה עצמה, מבחירת הזרע והתורם או סגולותיו האישיות, התורשתיות הרוחניות, הגופניות, ארץ מוצאו או העדה עימה הוא נמנה וכן לגבי הילד שיוולד, אם יולד, מינו, מראהו החיצוני, אופיו, סגולותיו או מצב בריאותו. אני/נו מסכימה/ים ומצהירה/ים כי הילד שיוולד כתוצאה מהזרעה ישא את שמי/נו ויחשב כבני/נו לכל דבר ועניין, לרבות לעניין מזונות וירושה.

תאריך \_\_\_\_\_ שעה \_\_\_\_\_

חתימת האשה \_\_\_\_\_

(חתימת הבעל (במקרה של אשה נשואה) \_\_\_\_\_

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לאשה/לבני הזוג את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא/הם חתמה/ו על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה/ו את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה \_\_\_\_\_ חתימת הרופא/ה \_\_\_\_\_ מס' רשיון \_\_\_\_\_

ההסתדרות הרפואית בישראל

האגודה הישראלית למיילדות וגניקולוגיה

החברה לניהול סיכונים ברפואה