

אנמנזה משפחתית:

פרטים על בן הזוג:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ שנת לידה: _____ ארץ לידה: _____

ת"ז: _____ דת/לאום: _____ מוצא האב: _____ מוצא האם: _____

תאריך נישואין כפי שמופיע בת"ז: _____

תיאור חיצוני של בן הזוג:

גובה: _____ משקל: _____ מבנה גוף: _____

צבע עור: _____ צבע שיער: _____ צבע עיניים: _____

בדיקות מעבדה: סוג דם ו-RH _____

קוד התורם: _____

רישום הריונות ולידות: _____

נספח ה' - 1

-סודי-

טופס הסכמה: הזרעה מלאכותית מזרע תורם אצל בני זוג

(DONOR ARTIFICIAL INSEMINATION – MARRIED COUPLE)

הסבר: הזרעה מלאכותית מתבצעת במקרים בהם לא מתאפשר הריון מזרעו של בן הזוג. לצורך הזרעה מלאכותית מתורם 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 או שנעשה בו שימוש בטיפולי I.V.F. הסיכויים הידועים להצלחת הטיפול תלויים בגורמים לליקויי הפוריות והם כ - 15% למחזור טיפולי אחד.

שם האישה: _____

שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____

שם בן הזוג: _____

שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____

הננו בעל ואישה נשואים מיום _____.

אנו מצהירים ומאשרים בזאת שקיבלנו הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

שם משפחה

שם פרטי

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

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 האפשרי של זיהום באברי המין הפנימיים שלעיתים ילווה בכאב ו/או חום גבוה ויצריך אשפוז ובמקרים נדירים יגרום לסתימת החצוצרות.

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

הוסבר לנו כי אין כל בטחון שכתוצאה מההזרעה האישה תהרה, או שכתוצאה מההזרעה היא תלד.

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, או בלתי נורמליים וכן בעלי נטיות תורשתיות או כל סטייה אחרת מהרגיל, כפי שהדבר עלול לקרות בהריון טבעי.

אנו מסכימים, כי התורם או התורמים של הזרע שבו יעשה שימוש בהזרעה יבחר על ידי הרופא ולפי שיקול דעתו ובהסכמתו ולא נהיה רשאים לדעת את זהותו של האדם שבזרעו נעשה שימוש בהזרעת האישה, או את סגולותיו, או כל פרט אחר הקשור בו או במשפחתו.

אנו נותנים בזאת את הסכמתנו לביצוע הטיפול.

אנו יודעים ומסכימים לכך שהטיפול יעשה בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות וכי לא הובטח לנו שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בכפוף לחוק.

אנו מוותרים בשמנו, בשם יורשנו, עזבוננו 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 המלאכותית, מן ההזרעה עצמה, מבחירת הזרע והתורם או סגולותיו האישיות, התורשתיות, הרוחניות, הגופניות, ארץ מוצאו או העדה עימה הוא נמנה וכן לגבי הילד/ים שיולדו/ו, אם יולדו/ו, מינום מראהו/ם החיצוני, אופיו/ם, סגולותיו/ם או מצב בריאותו/ם.

אנו מסכימים ומצהירים כי הילד/ים שיוולדו/ו כתוצאה מההזרעה ישא/ו את שמנו ויחשב/ו כבננו/בתנו לכל דבר ועניין, לרבות עניין מזונות וירושה.
אנו מתחייבים לדווח לבנק הזרע על תוצאות הטיפול.

- הובא לידיעתי כי ניתן להיוועץ בסמכות הלכתית.
- הובא לידיעתי כי אני יכולה לעבור בדיקות גנטיות על מנת לשלול נשאות גנטית לפני ביצוע ההזרעה.
- לפי מיטב ידיעתנו, לאחר שבדקנו, איש מבין קרובי משפחתנו מדרגה ראשונה לא תרם זרע.

חתימת בן הזוג

חתימת האישה

תאריך

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לבני הזוג את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הם חתמו על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינו את הסברי במלואם.

חותמת הרופא/ה

שם/חתימת הרופא/ה

המקום

מס' רישיון