

מדבקת מטופל

טופס הסכמה: הזרעה מלאכותית מזרע בן הזוג (ARTIFICIAL INSEMINATION - COUPLE)

הזרעה מלאכותית מזרע בן הזוג לאשה מומלצת במצבים של ליקויי פוריות הנובעים מאיכות או כמות ירודים של הזרע, תפקוד בלתי תקין של צוואר הרחם, כשהסיבה לאי-פוריות איננה ידועה או מסיבות אחרות לפי המקרה. לצורך ביצוע ההזרעה עוברת זירמת בן הזוג תהליך הכנה מעבדתי בתנאים סטריליים. תאי הזרע מבודדים (לתוך תמיסה סטרילית) תוך קבלת תרחיף זרעונים שטופים המוכנים להזרעה. תרחיף הזרעונים מוזרק לרחם באמצעות קטטר סטרילי בדרך נרתיקית, תוך צווארית או תוך רחמית. 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 הבעל:

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

אנו מצהירים ומאשרים בזאת כי אנו חיים כבני זוג נשואים / חיים כבני זוג ואיננו נשואים לאחרים.

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

שם פרטי	שם משפחה
---------	----------

על הזרעה מזרע בן הזוג, 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 הסיכון האפשרי של זיהום באברי המין הפנימיים שלעיתים ילווה בכאב ו/או חום גבוה ויצריך אשפוז ובמקרים נדירים יגרום לסתימת החצוצרות.

הוסבר לנו כי אין כל בטחון שכתוצאה מההזרעה האשה תהרה, או שכתוצאה מההזרעה היא תלד. כמו כן, קיימת אפשרות של סיבוכים בעת ההריון והלידה וכן תיתכן לידה של ילד /ים במצב בריאות פיזי או נפשי לא תקין, או בעל /י מום, או בלתי נורמלי /ים וכן בעל /י נטיות תורשתיות או כל סטייה אחרת מהרגיל, כפי שהדבר עלול לקרות בהריון טבעי.

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.

תמצית ההסבר שניתן למטופל:

הערות:

הערת הסכמה מקום שיחת ההסכמה _____

נוכחים בשיחה: _____

תאריך _____ שעה _____ חתימת המטופל _____

שם האפוטרופוס חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש) _____

אני מאשר כי הסברתי בעל פה למטופל /לאפוטרופוס של המטופל את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הוא חתם על הסכמה בפני, לאחר ששוכנעתי כי הבין את הסברי במלואם.

_____ מס' רשיון

_____ שם הרופא וחתימה