

טופס הסכמה: דיקור ושאיבה של תאי זרע מאשך ו/או מיותרת האשך ו/או להשגתם
באמצעות ניתוח באשך

**PUNCTURE AND ASPIRATION OF SPERM CELLS FROM
TESTICLE OR TESTICULAR SAC AND/OR BY TESTICULAR
SURGERY**

**БЛАНК СОГЛАСИЯ: ПОЛУЧЕНИЕ КЛЕТОК СПЕРМЫ ИЗ
ЯИЧКА И/ИЛИ ПРИДАТКА ЯИЧКА С ПОМОЩЬЮ ПУНКЦИИ
И ОТСАСЫВАНИЯ И/ИЛИ ПУТЕМ ОПЕРАЦИИ НА ЯИЧКЕ**

Инвазивные вмешательства для получения клеток спермы производятся в случаях отсутствия сперматозоидов в эякуляте. При этом сперматозоиды можно получить путем прямой пункции яичка и/или придатка яичка с последующим отсасыванием либо путем извлечения образцов ткани самого яичка.

Процедура производится под местной анестезией или под общим наркозом.

Данные больного

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	י.ת.
фамилия	имя	имя отца	номер паспорта

Настоящим я заявляю и подтверждаю, что получил подробное устное объяснение от доктора

שם פרטי	שם משפחה
имя	фамилия

о процедуре пункции и отсасывания сперматозоидов из яичка и/или придатка яичка и/или взятия образцов ткани яичка (в дальнейшем: «основное лечение»).

Я осведомлен о том, что в процессе получения сперматозоидов может возникнуть необходимость перехода от одного вида описанных манипуляций к другому, а также могут понадобиться дополнительная/ые пункция/ии с той же стороны и/или пункция/операция с обеих сторон.

Настоящим я заявляю и утверждаю, что получил объяснения о том, что инвазивные способы получения сперматозоидов стали применяться относительно недавно, и что вероятность наступления беременности в результате использования полученных с их помощью сперматозоидов пока невелика. Если причиной бесплодия является недостаточное образование сперматозоидов, то частота беременности после основного лечения составляет около 15%.

В тех случаях, когда яички продуцируют нормальное количество сперматозоидов, но имеется закупорка или деформация семявыносящих протоков, беременность достигается в 30% случаев.

Кроме того, я информирован о том, что у 40-50% мужчин, в сперме которых отсутствуют сперматозоиды, последние не обнаруживаются также и в ткани яичка, полученной при биопсии.

Я осведомлен о том, что мужчины с крайне низким уровнем продукции сперматозоидов, нуждающиеся в вышеуказанных процедурах, способны передавать этот дефект наследственным путем по мужской линии. Мне объяснено, что если удастся получить сперматозоиды с помощью основного лечения, то они будут использованы для оплодотворения яйцеклеток моей супруги. Излишки ткани или сперматозоидов будут заморожены и смогут быть использованы для дополнительных попыток оплодотворения, если в будущем возникнет такая необходимость.

Настоящим я заявляю и утверждаю, что получил объяснения, касающиеся альтернативных способов лечения и сопутствующих явлений, связанных с основным лечением, включая боли, дискомфорт и выработку антител против сперматозоидов.

ט' /OUROL/DTP/IVF/0017 יוני 1997

Я информирован о возможных опасностях и осложнениях основного лечения, включая

инфекцию, кровотечение, временную припухлость мошонки, которая может причинять неудобства в повседневной жизни; в редких случаях возможна дегенерация яичка/яичек.

Настоящим я даю согласие на выполнение основного лечения.

Настоящим я заявляю и подтверждаю следующее: из полученных мною объяснений я понял/а, что в процессе выполнения основного лечения или после его окончания может выясниться, что необходимо расширить объем вмешательства и/или изменить его характер; возможно, что потребуются также другие дополнительные действия для спасения жизни больного или предотвращения осложнений, в том числе и хирургические вмешательства. Мне известно, что невозможно предвидеть заранее возникновение и характер осложнений, равно как

и объем требуемых лечебных мероприятий. Я полностью понимаю смысл вышесказанного как в плане возможных осложнений, так и в отношении мероприятий, необходимых для их лечения. С учетом сказанного, я даю согласие на расширение объема и изменение характера вмешательства, равно как и на выполнение других/дополнительных действий, включая хирургические вмешательства, которые в соответствии с профессиональными соображениями врачей лечебного учреждения представляются жизненно важными/необходимыми в процессе основного лечения.

Мое настоящее согласие касается также выполнения местной анестезии в соответствии с профессиональными соображениями врачей, после того как мне объяснены возможные осложнения местной анестезии, включая аллергическую реакцию разной степени тяжести на препараты, применяемые при местной анестезии. В случае, если будет применен общий наркоз, я получу соответствующие объяснения от врача-анестезиолога.

Мне известно и я даю свое согласие на то, что основное исследование и все другие действия будут произведены лицами, на которых возложена эта

обязанность, в соответствии с правилами и инструкциями лечебного учреждения, под его ответственность и в соответствии с законом. При этом мне не было обещано, что указанные действия полностью или частично будут выполнены какими-либо конкретными лицами.

_____	_____	_____
חתימת החולה	שעה	תאריך
подпись больного	час	дата

Я подтверждаю, что дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного и необходимого больному и что он подписал в моем присутствии настоящий бланк согласия после того, как я убедился/ась, что мои объяснения поняты в полном объеме.

_____	_____	_____
מס רישיון	חתימת הרופא/ה	שם הרופא/ה
номер лицензии	подпись врача	фамилия врача

* Лишнее стереть