

**(IVF) טופס הסכמה: הפרייה חוץ גופית לאשה מתרומת ביציות**  
**OVA DONATION**  
**ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЕ ИСКУССТВЕННОЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЕ**  
**(IVF) ЖЕНЩИНЫ**  
**ДОНОРСКОЙ ЯЙЦЕКЛЕТКОЙ**

Лечение с использованием донорских яйцеклеток предназначено для женщин, которым предстоит экстракорпоральное, т.е. происходящее вне организма, искусственное оплодотворение, ввиду того, что они не способны к самостоятельной выработке яйцеклеток в силу ряда причин: отсутствие яичников; полная утрата функции яичников; слабая реакция яичников на гормональную стимуляцию; сюда же можно отнести продуцирование дефектных яйцеклеток, неспособных к оплодотворению. Донорские яйцеклетки будут оплодотворены спермой либо супруга, либо донорской, полученной из банка спермы.

Женщина, которая будет признана подходящей для лечения IVF с использованием донорских яйцеклеток, будет получать гормональные препараты с целью подготовки слизистой оболочки матки к имплантации зародыша, образовавшегося после оплодотворения донорской яйцеклетки. Гормональное лечение будет проводиться в виде циклов с использованием вначале эстрогена, а затем – прогестерона. Время проведения гормонального лечения должно соответствовать времени возврата зародыша. Возврат зародыша производится сразу же после оплодотворения яйцеклеток или в более поздние сроки. Например, если по каким-либо причинам подготовительное гормональное лечение не было проведено вовремя, то полученные после оплодотворения зародыши замораживаются и хранятся в банке эмбрионов до тех пор, пока не будет принято решение об их внедрении в организм женщины.

Вероятность беременности при использовании замороженных эмбрионов ниже, чем при имплантации эмбрионов, не подвергавшимся замораживанию.

После внедрения эмбриона в матку необходимо продолжать гормональное лечение пока не будет проведен анализ крови на предмет беременности. Если результат анализа укажет на наступившую беременность, то гормональное лечение может быть продолжено в соответствии с указаниями лечащего врача.

Данные женщины

	שם האישה	שם משפחה	שם פרטי	שם האב ת.ז.
	фамилия	имя	имя отца	номер паспорта

Данные мужчины

	שם הבעל	שם משפחה	שם פרטי	שם האב ת.ז.
	фамилия	имя	имя отца	номер паспорта

Настоящим мы заявляем и подтверждаем, что получили подробное устное объяснение от доктора

שמי פרטי

שם משפחה

об отсутствии выработки организмом женщины яйцеклеток или о выработке неполноценных яйцеклеток и о необходимости использования донорских яйцеклеток для IVF (в дальнейшем: «лечение»).

Я/мы осведомлена/осведомлены также о риске и осложнениях при использовании упоминавшихся выше гормональных препаратов, включая тромбофлебит, эмболии и образование опухолей женских половых органов.

Мне/нам известно и я/мы понимаю/понимаем, что настоящий бланк согласия является приложением к бланку согласия на проведение искусственного оплодотворения вне организма (экстракорпорального), в котором содержится полная информация об этом процессе, включая данные о побочных явлениях, опасностях и осложнениях.

Я/мы согласна/согласны с тем, что донором яйцеклеток, которые будут использованы для IVF, будет только женщина, выбранная врачом по его собственному усмотрению в соответствии с его профессиональными соображениями, и я/мы не буду/не будем вправе ознакомиться ни с ее личностью, ни с ее данными, ни с любой другой информацией, касающейся ее самой или ее семьи.

Мне/нам объяснили, что при использовании донорских яйцеклеток, несмотря на все проведенные анализы, невозможно полностью исключить перенос заболеваний.

Я/мы осведомлена/осведомлены о том, что использование донорских яйцеклеток не дает гарантии беременности или рождения ребенка. Мне/нам известно также, что существует опасность осложнений в 1998 מרץ /OBGYN/000/IVF/0005 ט' период беременности или во время родов. Что касается вероятности рождения физически или умственно

неполноценного ребенка, то эта вероятность такая же, как и при естественной беременности. Сказанное касается также вероятности рождения ребенка с врожденным пороком или другими аномалиями, с наследственными отклонениями или любыми другими нарушениями.

Настоящим я/мы даю/даем согласие на проведение лечения.

Мне/нам известно и я/мы даю/даем свое согласие на то, что лечение и все другие действия будут произведены лицами, на которых возложена эта обязанность, в מרץ соответствии с правилами и инструкциями лечебного учреждения, под его ответственность и в соответствии с законом. При этом мне/нам не было обещано, что указанные действия полностью или частично будут выполнены какими-либо конкретными лицами.

Настоящим я/мы отказываюсь/отказываемся от своего/нашего имени и от имени моего/нашего/наших наследника/наследников, душеприказчика/душеприказчиков, законного/законных представителя/представителей, а также от имени всех других, кто явится вместо меня/нас; - от любой претензии и от любого иска в отношении всего, что связано или является следствием: анализом или лечебных действий с целью искусственного оплодотворения яйцеклеток; выбора донора яйцеклеток; личных, наследственных, духовных и физических качеств донора; страны исхода или этнической принадлежности донора; все сказанное относится также и к ребенку, который родится, если он родится, а именно – к роду ребенка, его внешнему виду, характеру, личным качествам и состоянию здоровья

Я/мы согласна/согласны и заявляю/заявляем, что ребенок, который родится от яйцеклетки донора, будет носить мое/наше имя и будет считаться моим/нашим сыном/дочерью в полной мере, включая право на алименты и наследство.

### **В случаях использования спермы донора**

Мне/нам объяснили, что при использовании замороженной спермы, несмотря на все проведенные анализы, невозможно полностью исключить перенос заболеваний.

Я/мы согласна/согласны с тем, что выбор донорской спермы или самого донора спермы, с помощью которой планируется произвести оплодотворение яйцеклеток, будет предоставлен исключительно лечащему врачу в соответствии с его профессиональными соображениями, и я/мы не вправе ознакомиться ни с личностью донора, сперма которого будет использована для оплодотворения яйцеклеток, ни с его личными качествами, ни с какими-либо другими данными о нем или о его семье

Настоящим я/мы отказываюсь/отказываемся - от моего/нашего имени, от имени моего/нашего/наших наследника/наследников, душеприказчика/душеприказчиков, законного/законных представителя/представителей, а также от имени всех других, кто явится вместо меня/нас; – от любой претензии или любого иска в отношении всего, что связано или является следствием: анализом и лечебных действий, которые будут проведены с целью искусственного оплодотворения; самого процесса оплодотворения; выбора спермы и донора; личных, наследственных, духовных и физических качеств донора; страны исхода или этнической מרץ 1998 принадлежности донора; все сказанное здесь относится также к ребенку, который родится, если он действительно родится, а именно - к роду ребенка, его внешнему виду, характеру, личным качествам и состоянию здоровья .

Я/мы подтверждаю/подтверждаем, что ребенок, который родится в результате использования донорской спермы, будет носить мою/нашу фамилию и будет считаться моим/нашим сыном/дочерью в полной мере, включая права на алименты и наследство.

Дата \_\_\_\_\_ час \_\_\_\_\_  
תאריך שעה

подпись женщины חתימת האישה \_\_\_\_\_

подпись супруга (если женщина замужем) חתימת הבעל (במקרה של אישה נשואה) \_\_\_\_\_

Я подтверждаю, что дал/а подробные устные объяснения всего вышесказанного и необходимого женщине/супругу, и что она/они подписала/подписали в моем присутствии настоящий бланк согласия после того, как я убедился/ась, что мои объяснения понятны в полном объеме.

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