

## הוועדה לאישור הסכמים לנשיאת עוברים

### טופס מס' 8

### הצהרת רופא מומחה ביילוד וגינקולוגיה

סעיף 5 (א) (2) לחוק הסכמים קובע כי תנאי לאישור הסכם לנשיאת עוברים הוא כי לא קיים חשש לפגיעה בבריאות האם הנושאת או בשלום הילד שיוולד.

1. אני הח"מ \_\_\_\_\_ מס' רישיון \_\_\_\_\_ מס' רישיון מומחה \_\_\_\_\_

2. גב' \_\_\_\_\_ המועמדת כאם נושאת להורים המיועדים \_\_\_\_\_

נבדקה על ידי והצהירה בפני כי יש לה \_\_\_\_\_ ילדים, עברה \_\_\_\_\_ הריונות, עברה \_\_\_\_\_ לידות.

עברה \_\_\_\_\_ הפלות טבעיות.

עברה \_\_\_\_\_ הפלות יזומות.

עברה \_\_\_\_\_ ניתוחים קיסריים.

עברה \_\_\_\_\_ ניתוחים אחרים (כולל ניתוחים פלסטיים). אם כן נא פרט \_\_\_\_\_

עברה \_\_\_\_\_ הריונות חוץ רחמיים.

נמצאת כיום או היתה בעבר באשפוז / טיפול פסיכיאטרי: \_\_\_\_\_ כן / לא

נוטלת תרופות באופן קבוע: \_\_\_\_\_ כן / לא פרט \_\_\_\_\_

הימצאות סרטן שד או שחלה במשפחה: \_\_\_\_\_ כן / לא פרט \_\_\_\_\_

אושפזה במחלקה להריון בסיכון \_\_\_\_\_ כן / לא לצרף תיעוד

היתה במעקב עקב הריון בסיכון גבוה: \_\_\_\_\_ כן / לא אם כן, לפרט באיזה הריון לצרף תיעוד

היתה בשמירת הריון \_\_\_\_\_ כן / לא אם כן, לפרט באיזה הריון, סיבה ומשך זמן \_\_\_\_\_

3. הבהרתי והסברתי לה מהן ההשלכות והמשמעויות של הטיפול הרפואי אותו היא עומדת לעבור, על פי הרשום

מטה, לרבות: מוות, עקרות וסיבוכים בזמן הלידה ואחריה העלולים לגרום לנזק או לנכות קבועה.

א. הוסברו לאם הנושאת סיכויי ההריון - בהתייחס לגיל האם המיועדת \_\_\_\_\_ כן / לא רלוונטי.

ב. הוסברו לאם הנושאת סיכויי ההריון - בהתייחס לאופן שאיבת הביציות, גירוי או מחזור טבעי כן / לא רלוונטי.

ג. הוסברו לאם הנושאת סיכויי ההריון בהתייחס למספר העוברים המוקפאים הקיימים \_\_\_\_\_ כן / לא רלוונטי.

ד. הוסבר לאם הנושאת הצורך בתרומת ביצית והסיכוי להריון בהליך זה \_\_\_\_\_ כן / לא רלוונטי

ה. הוסבר לאם הנושאת הצורך בתרומת זרע והסיכוי להריון בהליך זה \_\_\_\_\_ כן / לא רלוונטי

ו. הוסברו לאם הנושאת קיומן של מחלות של ההורים המיועדים שלהם עלולה להיות השפעה

על בריאותה (למשל הפטיטיס B ו-C) \_\_\_\_\_ כן / לא רלוונטי.

## הוועדה לאישור הסכמים לנשיאת עוברים

- ז. הוסבר לאם הנושאת הליך PGD, משמעותו והשלכותיו על משך התהליך וסיכויי ההצלחה כן/ לא רלוונטי
- ח. הוסבר לאם הנושאת הטיפול התרופתי וההורמונלי ותופעות הלוואי כן / לא
- ט. הוסברו לאם הנושאת תהליך הלידה ובדיקות המעקב שיעשו במהלך ההריון כן / לא.
- י. הוסבר לאם הנושאת הסיכון בהריון מרובה עוברים, ואפשרות דילול עוברים כן / לא.
- יא. הוסברו לאם הנושאת הסיכונים והסיבוכים שבהריון שמוגדר הריון בסיכון מוגבר כתוצאה מהתהוות תאומים בשק הריון אחד כתוצאה מפיצול עובר כן / לא
- יב. הוסברו לאם הבדיקות הבאות: מי שפיר, סיסי שליה, שקיפות עורפית, בדיקת מערכות US כן / לא.
- יג. הוסברו לאם הנושאת אירועים העלולים לקרות במהלך התהליך כמו: הפלה, לידה מוקדמת, לידה שקטה, הריון חוץ רחמי, ניתוח קיסרי. כן / לא
- אני המועמדת לאם נושאת הח"מ מאשרת כי קבלתי הסבר מד"ר \_\_\_\_\_ והבינתי את התהליך הרפואי משמעותו והשלכותיו.

תאריך	שם האם הנושאת	ת.ז	חתימה
_____	_____	_____	_____

אני בן/בת זוגה של המועמדת לאם נושאת מאשר/ת כי קבלתי הסבר מד"ר \_\_\_\_\_ והבינתי את התהליך הרפואי, משמעותו והשלכותיו.

תאריך	שם בן/בת הזוג	ת.ז	חתימה
_____	_____	_____	_____

### אישור הרופא

למיטב ידיעתי הנ"ל הבינה/ו את הסבריי המתייחסים ספציפית להורים המיועדים

שמות ההורים המיועדים

המועמדת לאם נושאת נמצאה על ידי מתאימה מבחינה רפואית לתהליך נשיאת עוברים.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם הרופא \_\_\_\_\_ חתימת הרופא \_\_\_\_\_