

טופס הסכמה לטיפול בהפריה חוז גופית (IVF)

כליים 1

הפרייה חז' גופית נעשית במקרים בהם קיים ליקוי פוריות שסיבוטיו האפשרות:
• הימנאה או פינויה מהפרקון הרצויים

- **הפרעות בז'יז.**
 - **ליקויים בזרע.**
 - **אי פוריות על רקע בלתי מוסבר.**
 - **הפרעות גנטיות.**
 - **כישלונות טיפולי אי פוריות קודמים אחרים**
 - **סיבות אחרות.**

1.1 בסיס הטעפוף: גירושי הורמוני לזכור גישו מס' וקיימים בשחלות; שאיבת ביציות משיחות האשה והפרירית הביציות בזירעוני בן הזוג או רע תורם; הביציות המופרות נשמרות באינקובטור במשך 2 עד 6 ימים ולآخر מכן מוחזרות לרchrom האשה – במידה ונשארות ביציות מופרות המתאימות להפקאה, הן מוקפאות לאפשרות של שימוש עתידי.

1.2 סיכומי הצלחה: סיכומי הצלחת הטיפול משתנים ותלויים בגיל בני הזוג, במצב השחלות, בפתרונות הנילוות ברחם, בחצוצרות, בשחלות, או באגן, באיכות הזורע ובגורמים רפואיים נוספים. לא ניתן לחשב את הסיכומי המדויק להריון לכל מקרה, אלא את טווח הסיכומים. לא ניתן להביע מרأس שהפריטן של ביציות האשה תצליח, וכי כתוצאה לכך ייולד ילד.

הגורם החשוב ביותר בהערכת הצלחת הטיפול הינו גיל האישה. ככל שגיל האישה עולה הסיכוי להריון תקין ובקבוקותיו לידיה של תינוק בריא (Take Home Healthy Baby) יורדים סיכומי הצלחה המוצעים להריון במחזור טיפול אחד נעים בין 15 ל-35 אחוז. שיעור ההרינוות המסתתרים בלבד ח' למבחן טיפול אחד נעים בין 10 ל-30 אחוז, בהתאם לגיל האישה, לאירועי הפריטן או מצב הרפואית הכללי.

הריונות הנזרים בעקבות טיפול הדריה חזק גופית כרוכים בעלייה קלה בשכיחות ההפלות וסיבוכים במהלך ההריון או הלידה. בהפריה חזק גופית תתקנן עליה קלה לעומת הריונות ספונטניים לליה של ילד או ילדים במצב בריאותי, גופני או נפשי בלתי תקין. לרבות בעלי מום, בעלי נטיות תורשתיות או כל סטייה אחרת מהרגיל, המתגלים בשלב כל שהוא במהלך החיים. עדין לא ברור אם סיכוןים אלו נגרמים בעקבות השימוש בטכנולוגיות הרפואיות, או נובעים מביעית אי הפוריות עצמה על מרכיביה השונים.

2. טיפול הורמוני: קיים קשר בין מספר הביציות המופרות המוחזרות לרחם לסיכון ההצלה. יחד עם זאת, החזרה של מספר עוברים מגדיל את הסיכון להרין מרובה עוברים על סיכון השוניים.

לפיכך אחת ממטרות הטיפול הינה להשיג הפריה של מספר ביציות על מנת לבחור את אלו הנראות אינכויות יותר לצורך החזרה. במחוז טבאי מבשיל על פי רוב זקיק בלבד. השימוש בתרופות מאפשר גיש של מספר זקיקים ומגדיל את הסיכון לשאוב יותר ביציות. כך גדל הסיכון להשיג יותר עוברים אשר מביניהם ניתן לבחור את הרואים ביתר להחזרה.

הפרוטוקול הטיפולי כולל שלושה שלבים של מספר תרופות מותאמת לtagובה השחלתיית במהלך המאבק.

2.1. סיכון הטיפול ההורמוני: הטיפול ההורמוני גורם לעויתים לגירוי יתר של חלטי. גירוי היתר על פי רוב הוא קל ומתבטא בתפניות בטן, כאבי בטן, הגדלת שחלהות ואף הצטברות קלה של נזולים בבטן. התופעות חולפות כ-3-4 שבועות אחרי שאיבת הביצוע.

ג'רוי יתר בינוי או קשה נדרים יותר. ג'רוי בינוי כולל בנוסף לגם בחילות, שלשלולים וריכוז יתר של הדם. בג'רוי יתר קשה (0.5%-3%) קיים סיכון לתפליטים בריאות וכן לתשחיפים. סיבוכים נדרים נוספים כוללים אי ספיקת לב ו/או כלות. דוחו מקריםבודדים ונדרים של צורך בקטיעת גפיים ואף מוות.

סיכון נדר נסוך הינו הסכיב (שזור), קרע או דימום מהשלה. סיכון זה דרוש התערבות כירוגית (פתיחה בטן או לפרוסקופיה) לשם הרתת הסכיב. לעיתים נדרות דוחה אף על צורך בכירית השחלות.

כמו כן עלולות להתפתח ציטות שחילתיות (זוקקים המסתמלאים בנוזל) אשר יצריכו שאיבת תוכנן ו/או הפסקת הטיפול. לאחרונה הופיעו בספרות הרפואית דיווחים הבודקים את ההקשר של עליה בשכיחות סרטן השחלות, רירית הרחם והשד בעקבות טיפול הורמנלי בגורמי ביוץ. דיווחים אלו לא אושרו סופית ומוכרים פה למגע הזרירות.

מכיוון שהמידע עדין מצטבר ומתעדכן באופן שוטף, מסknותיו ייוזדו רק בעוד שנים. קיים תהליך מתמשך וקבוע של איסוף נתונים לגבי הסיכונים ותופעות הלואה במהלך ובקבוקות טיפול רפואי. יתרון והקשר אם קיים נבע גם מבעיתת אי הפרסה הראשונית.

במקרים בהם הטיפול יכול דיכוי מוקדם של השחלות, עלולות להופיע תופעות לוואי הדומות לאלו של גיל המעבר. כדוגמת גלי חום, אי נוחות ביחסו מין, יובש ברתmic והזעות לילה.

הגישות לתכשיריהם הורמנוגלים קיימת אף נדרה. דיווח מוקדם למטפל על תופעות חריגות יכול באבחון ובטיפול מוקדם.

3. בדיקות מעבדה ואולטרסאונד: לפני תחילת הטיפול, בנוסף לבדיקות המקבילות יש לבצע לשני בני הזוג בדיקות דם כלול נוגדי HIV, צהבת B ו-C. בדיקות ספציפיות נוספת בהתאם להיסטוריה הרפואית ולגיל.

ומומלץ להשלים בדיקות לשילת נשאות למחלות גנטיות.

במקרים של תרומות זרע או ביצית יש להשלים בדיקות גנטיות של בן/בת הזוג לפני בחירת התורם/תורמת. האמצעים לניטור ומעקב אחר התרבות הוקיקים (הביציות) בשחלות הם בדיקות דם הורמנוגליות ואולטרסאונד וגינגי.

4. שאיבת הביציות והפרייתן: שאיבת הביציות מבוצעת על פי רוב בהרודה מקומית או כללית. בדרך כלל הפעולה נעשית בגישה נורטיקית בהנחיית אולטרסאונד ולעיתים נדרות בגישה בטנית. במקרים נדרים ביותר נעשית הפעולה באמצעות פרוסקופיה. תהליך ההפריה מתרכש לאחר הדגרת הביצית עם הזرع בתנאי מעבדה מיוחדים במעבדה.

4.1 סיכון שאיבת ביציות: פעולות שאיבת הביציות כרוכה באין נוחות עד כאב, לאחריה תידרש מנוחה של מספר שעות. הסיכונים העיקריים הנובעים מהחדרת המחט לשחלת הימן זיהום ו/או דימום. זיהום בגין הנזק נדריר וחולף בדרך כלל על ידי טיפול אנטיבוטי.

לעתים נדרש ניקוז מורסה או לכירית החצוצרות או שחילות פגעות. זיהום מקטין את הסיכון להרין. לעיתים נדרות עלול מצב זיהומי להסתבר על כדי כירית וחם. במקרים שבמהם הדימום ובמקרה והוא עלול לחיבר מתן דם, ביצוע פעולות כירורגיות לעצירת הדימום ובמקרים מאד נדרים כריתת שחחלת וחם. יתרון נזק אם כי נדרר למעי או לשפלוחית השתן. דימום נורטיקי קל מתרחש כמעט בכל דיקור שחחלת. דוח על מקרים נדרים של מוות בעקבות שאיבת ביציות.

5. מיקרומיניפולציה: מיקרומיניפולציה הינה פעולה מעבדתית המתבצעת בבייציות לאחר שאיבתן או בבייציות מופרות על מנת להשיג את המטרות הבאות:

5.1 ICSI: הפעולה מתבצעת במקרים בהם אפשרות הזرع נמוכה ואניונה אפשרות הפריה וגיליה, וכן במקרים בהם בעבר לא היו הפריות כלל או שהיא בהן אחות הפריה נמוך, או שההפריה הייתה לקויה.

הטכניקה מכונה (ICSI) Intracytoplasmic Sperm Injection, ובה מזרק זירעון בודד לתוך הביצית. באשר ל-ICSI יתרון שהטchnika מעלת כמעט את ההסתברות להפרעה גנטית. גברים עם מייעוט זירעונים קיזוני ואיוכות זרע גרוועה, עלולים להעביר תcona ותתורשה לבנייהם.

5.2 הגברת סיכון החנזה (Assisted Hatching): בטכניקה זאת נעשה טיפול במעטפת הביצית המופרת לשיפור ההשרשה. השיטה נועדה לפתו "חולון" או לדקק את מעטפת הביצית המופרת בשיטות מנכניות, כימיות או בקרן ליזור.

5.3 דגימת תאים עובריים לצורך PGD – אבחון גנטי טרום הרשות – סיכון שימוש בטכנייקת ICSI: ישנו דיווחים על עלייה קלה בשכיחות המומרים או הביעות הרפואיות במהלך החיים. גם כאן עדין לא ברור אם סיכונים אלו נגרמים בעקבות השימוש בטכנולוגיות הרפואיות, או נובעים מבעיתת אי הפוריות עצמה על מרכיבה השונים.

6. אינקובציה: הביציות המופרות נשמרות 2-6 ימים באינקובטור במעבדה במטרה לשמר על תנאי התרבות אופטימליים.

7. החזרת הביציות המופרות: החזרה יישירות לרחם (E. T. – Embryo Transfer) – הbijczיות המופרות מוטענות לצינורית פלסטית ומוחזרות לחלל הרחם דרך צוואר הרחם כעבור 2-3 ימים ממועד ההפריה, או החזרה בלסטוציסט ביום 5 או 6 לאחר ההפריה. הפעולה נעשית על פי רוב ללא הרדמה.

7.2. סיכוני החזרת הביציות המופרות (קדם לעוברים): החזרת הביציות המופרות לרחם הנינה פועולה קלה יחסית הנעשית בדרך כלל ללא הרדמה. לעיתים תעלת צוואר הרחם מופתלת או מוצרת, בחלק מצבים אלו יש לבצע הרחבה של הצוואר הכרוכה בכך קל. החזרת ביציות מופרות לחלל הרחם, נשאת סיכון קל לדלקת אגנית ובמקרים נדירים ניקוב דופן הרחם.

7.3. במקרים מיוחדים ניתן לבצע החזרת ביציות מופרות לחצוצרה: פועולה זאת נעשית בהרדמה כללית בשיטת הלפרוסקופיה. מכיוון שבלפרוסקופיה מוחדר גז CO₂ לחלל הבطن, צפוי כאב כתפיים ובזמן מיד לאחר הפעולה ומספר שעות לאחר מכן האפשרי בלפרוסקופיה, בנוסף לסיכון ההרדמה (סעיף 9 להלן), הינו פגיעה באיברי הבطن הפנימיים כגון: בעמיעים, בשלפוחית השטן ובכלי דם, שיצריכו לעיתים פתיחה הבطن לצורך פעולות כירורגיות מתונות. דוח על מקרים נדירים של מוות בלפרוסקופיה.

8. סיכון הרין וריבוי עוברים:
כל הרין של יותר מעובר אחד נחשב כהרין מרובה עוברים. שיעור ריבוי העוברים בטיפולי הפריה קשור למספר הביציות המופרות מהוחרות לרחם. במקרה של החזרת יותר מביציות מופرتת אחת ניתן להגיע לכ-25%.
הרין של שלישייה או יותר, או במקרים מיוחדים של הרינוות תואמים, מתקבל לחציע דילול עוברים. הסיכונים האפשריים בפעולה זו הם: הפלת מיידית או הפלת מאוחרת בכ-5% מהמרקם, דלקת אגנית על כל סיכון (ואהא סעיף 4 לעיל) ולידה מוקדמות. הרין מרובה עוברים הינו הרין בסיכון גבוה הכרוך בסיבוכים לאם ולעובר כגון: הפלת מוקדמת או מאוחרת, רידית מים מוקדמת, המצריכה הפסקת הרין או לידה פגמים. סיכון הפגות כוללים בין היתר, אשפוז ממושך, פגיעות מוטוריות, פגיעות שכליות ועצביות, נכות לצמויות. כמו כן יש עלייה בתחלואה הרינוית של האם כגון: סוכרת הרינוית, יתר לחץ דם הרינווי ודימומים במהלך הרין ואחרי הלידה.

הרין מרובה עוברים מעלה את הסיכון לפגימות נירולוגיות ביילודים (הרין תאומים פי 5 מאשר בהrin של עובר אחד). הרין שלישייה כרוך בסיכון גבוה מאד לידה מוקדמת (כ-75%), סיכון לפגעה נירולוגית התפתחותית ארכוכת טוח בשיעור של 35% מהילודים. כמו כן קיים סיכון מוגדל לשיטוק מוחין בהשוואה להרין יחיד.
בהרין מרובה עוברים, גבוה שעור הלידות בניתוחים קסרים. ככל שמספר העוברים גדול יותר התופעה שכיחה יותר. כמו כן יש לצין שבטיפול הפריה קיים סיכון מוגבר של הרינוות חזק וחייבים עד כ-4%, במקרים בהם הרין אינו נספג עצמו, יש צורך בהתקשרות כירורגית ולעיתים כריתת חצוצרה, כדי למנוע נזק גופני או סכנת חיים לאשה.

9. סיכון הרדמה:

הרדמה הנינה פועולה בטוחה יחסית, אך יש בה סיכונים.
סיכון הרדמה כללית כוללים נזק לשיניים ו/או למיתרי הקול במקרה של החדרת צינור לקנה הנשימה, תופעות אלרגיות בדרגות שונות לחומי הרדמה ובמרקם נדרים ביותר מות, לכן, דיווח מראש על רגשות לחומרים או בעיות וקשיים במהלך הרדמה קודמות חינוי. בהרדמה כללית יש סכנה של שאיפת תוכן קיבה (אספירציה). צום של 6 שעות לפחות מקטין את הסיכון לאספירציה. הסיכונים בהרדמה כלליתולים נזקים עם עודף משקל ובנסיבות מסוימות הרים תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומי הרדמה. הסיכונים בהרדמה אפידורלית הם תגובה אלרגית ופגיעה עצבית בפלג גוף תחתון.

10. הקפאה:

תהליך זה מבוצע רק כאשר נוצרות ביציות מופרות עדיפות המתאימות להקפאה. לא כל ביציות מופרת מתאימה להקפאה. השימוש ביציות המופרות המקפאות יעשה בהתאם להחלטת הווג:
לשימוש בטיפולים נוספים, לצורך פונדקאות, או אישור לביצוע מחקר, לעיתים יש צורך לשמור הביציות המופרות לצורך החזרותם במועד מאוחר יותר בשל מצב רפואי של האישה במועד השאייה, המונע החזרות ביציות מופרות טריות. לשם הקפאה משתמשים במkapא ממוחשב או בשיטת הזיגוג. הביציות המופרות נשמרות בהקפאה בטמפרטורה של מינוס 196 מעלות צלסיוס, בתוך מכונת או קשיות.

בהוראת משרד הבריאות ניתן לשמר עוברים בהקפאה למשך חמיש שנים. לאחר חמיש שנים, על בני הזוג להורות לבית החולים על המשך הקפאה. המשך הקפאה לחמש שנים נוספות נספנות יתבצע רק לאחר שנתקבלה בקשה בכתב להארכת תקופת הקפאה, חתומה בידי האישה שמנוגפה ניטלה הביצית ובן זוגה, מאושרת בחתימת ידו של הרופא האחראי.
על מנת לאפשר את המשך הקפאה עם בני הזוג, מוטלת עליהם אחריות לעדכן בכל מקרה של שינוי הכתובת.

10. הקפאת ביציות: יום נתן לשאוב משחלות האישה ביציות ולהקפיאן עוד לפני הופרו בתאי זרע. בעקבות השימוש בטכנית זו נולדו עד כה בעולם מאות ילדים. למורות זאת, עדין אין ביחסון כי כל הקפאה תצליח, וכי בכל מקרה תתקבלנה לאחר ההפרשה ביציות ראיות להפריה. המידיע באשר לביראותם של הילדים שנולדו בעקבות השימוש בטכנית חדשה זאת, עדין מעט ונמצאת בבדיקה מתמדת. בדומה למקובל ולקבוע בתקנות ביחס להקפאת ביציות מופרות, גם ביציות בלתי מופרות תוקפאה לתקופה של 5 שנים, אותה ניתן להאריך בכ-5 שנים נוספת. לאחר תקופה זאת ניתן להאריך את תקופת השמירה לזמן נוסף, על-פי בקשה בכתב של המטופל ובהתחם לידע הרפואי שהיה קיים באותה עת.

הזהרת ביציות מופרות מוקפאות-מופשרות, מחייב חתימה על הסכמה עדכנית של שני בני הזוג.

2. טכנית הקפאה ביציות באמצעות זיגוג (ויטריפיקציה): זיגוג ביציות הינו תהליך הקפאה מהיר ביותר המביא את תא הביצית שטרם הופרה למצב צבירה זוגגית בטמפרטורות נמוכות (0°C-196°C), תוך מניעת יצירת והצטברות גבישי קרח בתוך התא. גם הפרשת הביציות שעבורו זיגוג נעשית בקצב מהיר, לאחר הפשרת ניטן לבצע את הליך ההפריה. יתרונות השיטה: היתרון הגדול של זיגוג ביציות על פני תהליך הקפאה איטית הוא שימושו היישודות גבוה של הביציות, וסיכוי גבוה יותר ליצור עוברים הינוים לאחר תהליך ההפריה. בשיטה זאת דוחה על שימושו היישודות גבוה של הביציות, וסיכוי גבוה יותר ליצור עוברים הינוים ועל הרינוות ולידות שהסתדרו בהצלחה כתוצאה מהליק זה. במידע הקיים היום, לא נמצא עלייה בשיעור המומינים אצל ילדים שנולדו מביציות שהוקפאו בשיטה זאת.

3. סיכונים וסיכון של ההקפאה: לאחר הקפאה ביציות מופרות המוערכות כמתאיימות להקפאה והഫשה, תהליכי היישודות של הביציות המופרות לאחר ההפריה מצליח בכ- 70% עד 80% מהמרקם. שימוש ההרינוות כתוצאה מהחוות ביציות מופרות מוקפאות לאחר הפשה נמור מהחוות ביציות מופרות טריות. בעקבות שיפור בטכניקות הקפאה הפער בין אחוזי ההצלחה קטן. הניסיון שהצטבר עד כה אינו מעיד על סיכון יתר לילודים שנולדו לאחר תהליכי הקפאת עוברים.

4. הבשלה חז' גופית של ביציות (IVM-In Vitro Maturation):
בנשים שבーン מסיבות רפואיות לא ניתן לבצע טיפול הורמוני, או נשים עם חשש לתגובה של גורי יתר שחלתי כגון תסמונת השחלות הפוליציסטיות, ניתן לשאוב ביציות ללא גירוי הורמוני כליל, או לאחר גירוי הורמוני נמוך. במקרים אלו הביציות המתකלות הנהן ברובן בלתי בשלות ויש להבשילן במעבדה (הבשלה חז' גופית), לפני יכולתן להיות מופרות. אחוזי ההצלחה בשיטה זו נמוכים יותר מהפריה חז' גופית רגילה.
השיטה להבשלה ביציות במעבדה (IVM) יחסית חדשה, אף שהילדים שנולדו בעקבות שימוש בשיטה זו נבדקו ונמצאו בריאות עדין אין ביחסן שהשיטה אינה יכולה לגרום במקרים מסוימים לשינויים מולדים בזאצאים.

5. אבחון גנטי טרום השדרה (PGD-Pre-implantation Genetic Diagnosis):
אבחון גנטי טרום הרינווי מאפשר בדיקה גנטית של הביצית המופרת טרם החזורה לרחם. באופן כוה ניתן להזיר לרחם ביצית מופרת אשר אינה פגועה גנטית באוטן בדיקות שבוצעו בה. שיטת האבחון מتبוססת על דגימה של תא אחד בלבד מהביצית המופרת, בדוך כל ביום השלישי להתפתחות כאשר הביצית המופרת מכילה בין 6 ל-8 תאים. פעולה זו אינה פוגעת ביכולת ההתפתחות וההשרשה של העובר כיון שבשלב זה לכל אחד מהתאים יש אפשרות להתמיין לכל הcionones האפזריים. הסיכוי לגרימת נזק לעובר עקב ביצוע הביופסיה הוא פחות מ-0.5%. בדרך כלל נבדקות מספר ביציות מופרות להגדלת האפשרות של החזרה ביצית מופרת ללא פגעה גנטית.

6. סיכונים הכרופים באבחון גנטי טרום השדרה:
קיימת אפשרות כי תהליכי הבדיקה הבוגדים מהביצית המופרת לא יצליח בגלל אי-יכולת הביציות או בגלל קושי בדיגמה. כמו כן ישנם מצבים שבבדיקה התא לא נמצא חומר גנטי ולן לא ניתן לקבוע האם הביצית המופרת הינה תקינה מבחינה גנטית. נתון זה ילקח בחשבון בעת הדיוון על החזרה הביציות המופרות. כמו כן ישנםקרים שהביופת המופרת לא מושיר להתפתח מעבר למספר תאים (עם או ללא קשר לתהליכי הביופסיה) ולן סיכון להשתרש ולהציג הרין – נמוכים מאד. במקרים כאלה לא תוחזרנה הביציות המופרות לרחם מהימנות הבדיקה הגנטית הטרום הרינוית גבואה (מעל 95%). אך כמו בכל בדיקת מעבדה, קיימת אפשרות להחזרה לרחם של ביצית מופרת אשר לכארה הינה תקינה אך למשה פגועה גנטית, אי לך, ולאחר העובדה שאבחן גנטי טרום השדרה עדין נחשב בעולם כטchnique חדשנית יש לנתקות בהתאם להמלצות של פורומים בינלאומיים, המתנים את ביצוע אבחון טרום ההשרשה במקרה יושג הרין כתוצאה מהטיפול – יש לבצע אבחון טרום לידה בעובר בשיטות השגרתיות: על ידי דגימת סיסי שליה בשבוע 10-12 עם סיכון של 1% להפלגה או על ידי דיקור מי שפיר בשבוע 16-20 עם סיכון של 0.5% להפלגה. על מנת לדעת בודאות מוחלטת שהביציות המופרות שהוחזרו אכן אינם לוקוט במחלה הנבדקת.

7. כשל טכני:
הפריה חז' גופית כוללת סדרה של פעילויות ניתוחיות, עבודה מעבדתית ושימוש בטכנולוגיות מיקרוסקופיות, הכרוכות בהפעלת מכשור מודרך. הצלחת הפעולה כוללת קשורה בתפקוד תקין של מערכת שלמה. לעיתים, אף אם ורקוקט, עלולה ההפריה להיכשל ברמה הטכנית, בתחום שאיבת הביציות, הפרייתן, החזרתן לרחם, הקפאתן, אבחנתן מוקפאות או הפשרטן.

8. הפסקת הטיפול כולה או במהלךו:
במרקם מסוימים, יבוטל מהזרו הטיפול בשל חוסר תגובה מתאימה לטיפול, חשש לבזץ מוקדם או בעיה ופואית המתעוררת במהלך הטיפול. לעיתים בשל בעיה כל שהיא המונעת החזרת ביציות מופרות טריות כגון גירוי יתר שלול לסכן את האישה, לא תבוצע החזרה ביציות מופרות טריות לאחר השאייה והן תוקפאנן לצורך שימוש עתידי במועד מותאים.



הצהרה על קבלת הסבר וחתימה על הסכמת לטיפול

אני/אנו ה"מ _____ (להלן: "האשה")
 שם האשה _____ שם בן הזוג _____ ת.ז. _____ (להלן: "האשה")
 (להלן: "בן הזוג")

מצהירה/ים ומארשת/ים בזאת כי קיבלתי/נו הסבר בעלפה מ"ד' _____
 על תהליכי הטיפול של הפריה חוץ גופית (להלן: "הטיפול").
 שם פרטי _____ שם משפחה _____

קרוatti/no בעיון את טופס ההסכם וההסכמת המפורטים בשלבים השונים, כולל תופעות הלואין והסיכונים האפשריים הנזונים בטיפול. כמו כן קיבלתי/נו בעלפה מהרופא המתפל, הסבירים מפורטים על פרטם שלא היו לי/לנו ברורים וניתן מענה לכל שאלותינו.

בזאת אני/אנו מסכימה/ים לביצוע כל הפעולות הכירורגיות והמעבדתיות שתידרשנה על מנת להגדיל את סיכויי ההצלחה בכל אחד משלביו הטיפול. הנו/נו מצהירים בזאת שהוסכם לי/לנו והבנתי/ו כל בכל אחד משלביו הטיפול אפשריים סיכונים ואני/אני מוכנים ליטול סיכונים אלו על עצמי/נו.

אני/אני נוותנת/ים את הסכמת/נו המלאה מרצוני/נו החופשי לצוות ההפריה החוץ גופית ב _____
 שם המוסד _____

לרופאים, האחים, אנשי המעבדה, עוזרים וכל צוות תכנית ההפריה החוץ גופית, לבצע את כל תהליכי הטיפול המפורטים לעיל, בהתאם לשיקול דעתם, ועל פי הנהלים וההוראות של בית החולים, האחוויות המקובלות בבית החולים והכפוף לחוק וכי האחראי

להפריה יהיה _____
 שם הרופא _____
 (במקרה של מטופל פרטי).

הוסבר לי/לנו והבנתי/נו שיתכן והתחייבות של הביטה הרפואי שלי/שלנו לא תכסה במלואה את עלות כל הטיפולים להם אודדק/
 נודדק וכי במקרה הצורך נדרש אצטוך/נצרך להשלים בעצמי/נו את העליות הנדרשות.
 אני/אני מודעת/ים לכך שיש לי/לנו הזכות לפרק מותקנית הטיפול בכל זמן, אולם משאħħlit/menħħalit על כך יהיה זה על אחריות/
 נו המלאה.

אני/אנו מצהירה/מצהירים שהובהר לי כי מוחबתנו לידע בכתב את צוות היחידה להפריה החוץ גופית ב _____
 על כל שינוי שחל במצב בויאות/ביריאותנו מאו הטיפול הקודם.
 על כל שינוי בסיסטים הוגיון שלי/שלנו.
 על כל שינוי בכתבתו ליצירת קשר השונה מזואת שנמסרה למחלקה.

חתימות:

הגבר _____

האשה _____

תאריך:

אני מארשת/ת כי הסבורי בעלפה לאשה/ולבעלה את כל האמור לעיל בפירות הדריש. כמו כן ניתנו תשובות מלאות לשאלותיהם וכי
 הם חתמו בפני עלי הסכמה לאחר ששוכנעו כי הבינו את הסבורי במלואם.

שם הרופא וחתימה _____
 מס' רשיון _____