

המקום הפנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

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 האשה: _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____

שם בן הזוג: _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____

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

אנו מצהירים ומאשרים בזאת שקיבלנו הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____

על הזרעה מזרע בן הזוג, הבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך, אופן ביצועו וסיכויי הצלחתו (להלן: "הטיפול").

הוסברו לנו תופעות הלוואי האפשריות לאחר הטיפול, 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 סיכוכים בעת ההריון והלידה וכן תיתכן לידה של ילד/ים במצב בריאות פיזי או נפשי לא תקין, או בעל/י מום, או בלתי נורמלי/ם 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 שיעשה, כולו או חלקו, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשה באחריות המקובלת בכפוף לחוק.

תאריך _____ חתימת האשה _____ חתימת בן הזוג _____

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לבני הזוג את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הם חתמו על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינו את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה _____ חתימת הרופא/ה _____ מס' רשיון _____

