

# המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' OBGYN/000/IVF /0005 /מרץ 1998

## טופס הסכמה: הפרייה חוץ גופית לאשה מתרומת ביציות

### OVA DONATION

#### استمارة موافقة: إخصاب خارج الجسم (IVF) لامرأة عبر التبرع بويضات

إن العلاج بتبرع بويضات معروض على النساء المرشحات لعلاج بإخصاب خارج الجسم، اللواتي لا يُنتجن بويضات من تلقاء أنفسهن، لسبب نقص مبيضات أو إثر فشل مبيضي تام، أو في الحالات التي يكون فيها رد فعل المبيضات للأدوية الحائثة على وضع البويضات متدنياً، وفي حالات وجود عيب في البويضات يمنع إخصابها السليم. يتم إخصاب البويضات المتبرع بها بسائل الزوج المنوي و/ أو بسائل منوي أخذ من بنك السائل المنوي.

يتم علاج المرأة التي وُجدت مناسبة لعلاج IVF بتبرع بويضات، بمستحضرات هورمونية، الإستروجين وبالتالي البروجسترون، بشكل دوري، ذلك لتهيئة السائل الرّجعيّ لتلقّي الأجنة التي ستتم بعد إخصاب البويضات المتبرع بها. من الممكن تنفيذ العلاج الهورموني في توقيت يناسب إرجاع الأجنة مباشرة بعد الإخصاب أو في موعد متأخر أكثر. في الحالات التي لا يُعطى فيها العلاج الهورموني بالتوازي، يجب تجميد الأجنة الناتجة عن الإخصاب والاحتفاظ بها في بنك الأجنة حتى الموعد الذي يُقرّر فيه إعادتها إلى جسم المرأة.

إن نسب الأحمال الناتجة عن أجنة مجمدة نمت إباعتها، متدنية عن تلك الناتجة عن أجنة لم تُجمد. بعد إرجاع الأجنة إلى الرّجّم، يجب الاستمرار بالعلاج الهورموني الداعم حتى إجراء فحص الدم لاستيضاح وجود حمل. إذا تطوّر حمل، يُستمرّ بالعلاج الهورموني حسب توجيهات الطبيب المعالج.

اسم المرأة/ שם האשה:

اسم العائلة/ שם משפחה	الاسم الشخصي/ שם פרטי	اسم الأب/ שם האב	رقم الهوية/ ת.ז.
اسم العائلة/ שם משפחה	الاسم الشخصي/ שם פרטי	اسم الأب/ שם האשה	رقم الهوية/ ת.ז.

נעלן بهذا ונפר באנא תלפינא שרْحاً شفهيّاً مفصّلاً من الدكتور

اسم العائلة/ שם משפחה الاسم الشخصي/ שם פרטי

عن وجود عيب أو نقص في بويضات جسم المرأة وعن الحاجة إلى تبرع ببويضات كأساس لعلاجات IVF (في ما يلي: "العلاج"). كما وُضّحت لي/ لنا المخاطر والمضاعفات المذكورة المترتبة عن استخدام مستحضرات هورمونية بما فيها: تخنّث في الأوردة، انسدادات وأورام في أعضاء تناسلية أنثوية. معلوم لي/ لنا وأنا/ نحن أدرك/ ندرك أن استمارة الموافقة هذه هي ملحق لاستمارة موافقة على إخصاب خارج الجسم، فيها شرح شامل عن الإجراء، العوارض الجانبية، المضاعفات والمخاطر المترتبة عن تنفيذ إخصاب خارج الجسم.

أنا/ نحن أوافق/ نوافق على أن يقوم الطبيب باختيار المتبرعة بالبويضة التي سيتم استخدامها، حسب اعتباره المطلق، ولن يُسمح لي/ لنا بمعرفة هوية المتبرعة، أو مزاياها، أو أي تفصيل آخر متعلق بها أو بعائلتها.

وُضّح لي/ لنا أنه تُجرى على بويضة المتبرعة فحوص مختلفة، إلا أنه ليس من شأن هذه الفحوص أن تمنع انتقال أمراض بصورة مطلقة.

وُضّح لي/ لنا أن استخدام البويضة المتبرع بها ليس ضماناً على أن تحمل المرأة و/ أو تلد. كما أنه هناك احتمال قائم لمضاعفات في أثناء الحمل والولادة، كما تُحتمل ولادة طفل/ أطفال في حالة صحية، جسدية، أو نفسية، غير سليمة، أو ذي/ ذوي عاهة، أو غير طبيعي/ طبيعيتين، كما ذي/ ذوي ميول وراثية أو أي انحراف آخر عن العادي، كما يُمكن حصول ذلك في الحمل العادي. أُنصح/ نمنح بهذا موافقتي/ نا على إجراء العلاج.

أنا/ نحن على علم، كما أنني/ نا أوافق/ نوافق على أن يُنفذ العلاج والإجراءات الأخرى جميعها بيد من سيُلقى عليه القيام بذلك، حسب أنظمة المستشفى وتعليماته. كما أنني/ نا لم أتلق/ نتلق ضماناً أنه سيجري كلها أو سيجري قسم منها بيد إنسان معين، شريطة أن تُجرى بالمسؤولية المُتّبعة في المستشفى، كما يقضي القانون.

أنا/ نحن أتنازل/ نتنازل بهذا باسمي/ نا، باسم ورتتي/ نا، تركتي/ نا، ومنديوي/ مندوبينا القانونيين، وباسم كل من سيحلّ محلي/ محلنا، عن كل ادعاء أو دعوى من أي نوع في ما يتعلّق أو ينتج كُله ب/ عن الفحوص والعلاجات التي سيتمّ إجراؤها لغرض تنفيذ الإخصاب، من اختيار البويضة والمتبرعة، أو مزاياها الشخصية، الوراثية، الروحانية، الجسدية، مسقط رأسها، أو الطائفة المحسوبة عليها، كما تجاه الطفل الذي سيولد، إذا وُلد، جنسه، مراه الخارجي، طبعه، مزاياه، أو حالته الصحية. أنا/ نحن أوافق/ نوافق وأعلن/ نعلن أن الطفل الذي سيولد من تبرع البويضات سيحمل اسمي/ نا وسيعُدّ ابني/ نا كاملاً وفي كل أمر، بما فيه النفقة والميراث.

في حال استخدام سائل منويّ لمتبرع

وُضّح لي/ لنا أن استخدام سائل منويّ مجمد، رغم الفحوص كلها التي تجرى عليه، ليس من شأنه أن يمنع انتقال أمراض بصورة مطلقة.

أنا/ نحن أوافق/ نوافق على أن يقوم الطبيب باختيار المتبرع أو المتبرعة بالسائل المنوي الذي سيتم استخدامه في إخصاب البويضة، أو السائل المنوي نفسه، وحسب اعتباره المطلق، ولن يُسمح لي/ لنا بمعرفة هوية الإنسان الذي سنستخدم سائله المنوي لتلقيح البويضة، أو مزاياها، أو أي تفصيل آخر متعلق به أو بعائلته.

أنا/ نحن أتنازل/ نتنازل بهذا باسمي/ نا، باسم ورتتي/ نا، تركتي/ نا، ومنديوي/ مندوبينا القانونيين، وباسم كل من سيحلّ محلي/ محلنا، عن كل ادعاء أو دعوى من أي نوع في ما يتعلّق أو ينتج كُله ب/ عن الفحوص والعلاجات التي سيتمّ إجراؤها لغرض تنفيذ التلقيح، من التلقيح نفسه، من اختيار السائل المنوي والمتبرع، أو مزاياها الشخصية، الروحية، الروحانية، الجسدية، مسقط رأسه، أو الطائفة المحسوب عليها، كما تجاه الطفل الذي سيولد، إذا وُلد، جنسه، مراه الخارجي، طبعه، مزاياه، أو حالته الصحية.

أنا/ نحن أوافق/ نوافق وأعلن/ نعلن أن الطفل الذي سيولد نتيجة السائل المنوي سيحمل اسمي/ نا وسيعُدّ ابني/ نا كاملاً وفي كل أمر، بما فيه النفقة والميراث.

الساعة/ שעה

التاريخ/ תאריך

توقيع الزوج/ חתימת הבעל

توقيع المرأة/ חתימת האשה  
(في حالة امرأة متزوجة/ במקרה של אשה נשואה)



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל  
האיגוד הישראלי למיילדות וגניקולוגיה

## המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

أقرُّ بهذا بأنني شرحت شفهيًّا للمرأة/ للزوجين الوارد أعلاه كلُّه، بالتفصيل المطلوب، وبأنَّها/ هما وقَّعت/ وقَّعا على الموافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنَّها/ هما فهت/ فهما شروحي كاملةً.

رَقْم الرُّخصة/ מס' רשיון

توقيع الطَّبيب/ة / חתימת הרופא/ה

اسم الطَّبيب/ة / שם הרופא/ה



החברה לניהול סיכונים ברפואה



ההסתדרות הרפואית בישראל  
האיגוד הישראלי למיילדות וגניקולוגיה