



מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה  
The BARUCH PADEH Medical Center, PORIYA

מס' זהות:	שם פרטי:
שם משפחה:	תאריך לידה:
שם האב:	כתובת:
טלפון:	<b>מדבקת פרטי מטופל</b>

## טופס הסכמה: הפרייה חוץ גופית (IVF) לאשה מתרומת ביציות (OVA DONATION)

הטיפול בתרומת ביציות מוצע לנשים המועמדות לטיפול בהפרייה חוץ גופית, שאינן מייצרות ביציות באופן עצמוני מפאת חסרונן של השחלות או עקב כשל שחלתי מוחלט, או במקרים שבהם תגובת השחלות לתרופות משרות ביוץ ירודה ובמקרים בהם קיים פגם בביציות המונע את הפרייתן התקינה. הביציות הנתרמות תופרנה בזרע הבעל ו/או בזרע שנתקבל מבנק הזרע.

אישה שנמצאה מתאימה לטיפול IVF בתרומת ביציות, תטופל בתכשירים הורמונליים, אסטרוגן ובהמשך פרוגסטרון, באופן מחזורי, על מנת להכין את רירית הרחם לקליטת העוברים שיתפתחו לאחר הפרייה הביציות שנתרמו. ניתן לבצע את הטיפול ההורמונלי בעיתוי שיתאים להחזרת העוברים מיד לאחר ההפרייה או במועד מאוחר יותר. במקרים בהם הטיפול ההורמונלי אינו ניתן במקביל, יש להקפיד את העוברים המתקבלים מההפרייה ולשומרם בבנק העוברים עד למועד בו יוחלט להחזירם לגוף האישה.

שיעורי ההריון המתקבלים מעוברים מוקפאים שהופשרו נמוכה מאלו של עוברים שלא הוקפאו.

לאחר החזרת העוברים לרחם יש להמשיך את הטיפול ההורמונלי התומך עד לביצוע בדיקת הדם לברור קיום הריון. אם התפתח הריון, הטיפול ההורמונלי ימשך על פי הנחיות הרופא המטפל.

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

אנו מצהירים ומאשרים בזאת כי הוסבר לנו בעל-פה ע"י ד"ר

על קיום ליקוי או חסר בביציות בגוף האישה ועל הצורך בתרומת ביציות כבסיס לטיפול IVF (להלן: "הטיפול").

כמו כן הוסברו לי/נו הסיכונים והסיכוכים של שימוש בתכשירים הורמונליים המזכירים לרבות: פקקת של הורידים, תסחיפים וגידולים באברי מין נשיים.

ידוע לי/לנו ואנו מבינים/ים כי טופס הסכמה זה הינו נספח לטופס הסכמה להפרייה חוץ גופית, שבו הסבר כולל על התהליך, התופעות הנלוות, הסיכוכים והסיכונים של ביצוע הפרייה חוץ גופית.

אני/אנו מסכימה/ים לכך כי התורמת של הביציות בה יעשה שימוש תבחר על ידי הרופא לפי שיקול דעתו הבלעדי ולא אהיה/נהיה רשאית/ים לדעת את זהותה של התורמת, או את סגולותיה, או כל פרט אחר הקשור בה או במשפחתה.

הוסבר לי/לנו כי בביציות התורמת נערכות בדיקות שונות, אך אין בהן כדי למנוע העברת מחלות באופן מוחלט.

הוסבר לי/לנו כי השימוש בתרומת ביציות אין בו ערובה שהאשה תהרה ו/או 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/ים וכן בעל/י נטיות תורשתיות או כל סטיה אחרת מהרגיל, כפי שהדבר עלול לקרות בהריון טבעי.

אני/אנו נותנת/ים בזאת את הסכמת/נו לביצוע הטיפול.

אני יודעת/ים ומסכימה/ים לכך שהטיפול וכל ההליכים האחרים יעשו בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי/לנו שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בבית החולים בכפוף לחוק.

אני/אנו מוותרת/ים בזאת בשמי/בשמנו, בשם יורשי/יורשנו, עזבוני/נו ונציגי/נו החוקיים ובשם כל מי שיבוא במקומי/נו על כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בכל הקשור או הנובע מן הבדיקות והטיפולים שיעשו לשם ביצוע ההפרייה מבחירת הביציות והתורמת או סגולותיה האישיות, התורשתיות, הרוחניות, הגופניות, ארץ מוצאה או העדה עימה היא נמנית וכן לגבי הילד שיוולד, אם יולד, מינו, מראהו החיצוני, אופיו, סגולותיו או מצב בריאותו.

אני/ו מסכימה/ים ומצהירה/ים כי הילד שיוולד מתרומת הביציות ישא את שמי/נו ויחשב כבני/נו לכל דבר ועניין, לרבות לעניין מזונות וירושה.

### במקרה של שימוש בזרע תורם

הוסבר לי/לנו כי שימוש בזרע מוקפא, למרות כל הבדיקות הנערכות בו, אין בו כדי למנוע העברת מחלות באופן מוחלט.

מחלקת נשים ויולדות

ההסתדרות הרפואית בישראל  
האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה





מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה  
The BARUCH PADEH Medical Center, PORIYA

מס' זהות:

שם משפחה:

שם פרטי:

שם האב:

תאריך לידה:

כתובת:

טלפון:

מדבקת פרטי מטופל

אני/אנו מסכימה/ים כי התורם או התורמים של הזרע בו יעשה שימוש בהפריית הביצית, או הזרע עצמו יבחר על ידי הרופא האמור ולפי שיקול דעתו הבלעדי ולא אהיה/נהיה רשאית/ים לדעת את זהותו של האדם שבזרעו נעשה שימוש להזרעת הביצית, או את סגולותיו, או כל פרט אחר הקשור בו או במשפחתו.

אני/אנו מוותרת/ים בזאת בשמי/בשמנו בשם יורשי/נו, עזבני/נו ונציגי/נו החוקיים ובשם כל מי שיבוא במקומי/נו, על כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בכל הקשור או הנובע מן הבדיקות והטיפולים שייעשו לשם ביצוע ההזרעה, מן ההזרעה עצמה, מבחירת הזרע והתורם או סגולותיו האישיות, התורשתיות הרוחניות, הגופניות, ארץ מוצאו או העדה עימה הוא נמנה וכן לגבי הילד שיולד, אם יולד, מינו, מראהו החיצוני, אופיו, סגולותיו או מצב בריאותו.

אני/אנו מסכימה/ים ומצהירה/ים כי הילד שיולד כתוצאה מהזרעה ישא את שמי/נו ויחשב כבני/נו לכל דבר ועניין, לרבות לעניין מזונות וירושה.

שעה

תאריך

חתימת הבעל

(במקרה של אשה נשואה)

חתימת האשה

אני מאשרת/ת כי הסברתי בעל פה לאשה/לבני הזוג את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא/הם חתמה/ו על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה/ו את הסברי במלואם.

מס' רשיון

חתימה

שם הרופא

מחלקת נשים ויולדות

ההסתדרות הרפואית בישראל  
האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה

