



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:

מדבקת פרטי מטופל

טופס הסכמה: הזרעה מלאכותית מזרע תורם אצל זוג נשוי (ARTIFICIAL INSEMINATION DONOR - MARRIED COUPLE)

הזרעה מלאכותית מתבצעת במקרים בהם לא מתאפשר הריון מזרעו של בן הזוג. לצורך הזרעה מלאכותית מתקבל תרחיף זרעונים מוקפא בלבד מבנק זרע מוכר ומורשה על ידי משרד הבריאות. 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 הבעל:

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
----------	---------	--------	------

הננו בעל ואשה נשואים מיום _____.

אנו מצהירים ומאשרים בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

שם פרטי

שם משפחה

על הזרעה מזרע תורם, הבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך, אופן ביצועו וסיכויי הצלחתו (להלן: "הטיפול"). הוסברו לנו תופעות הלוואי האפשריות, 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 יגררו לסתימת החצוצרות.

הוסבר לנו כי שימוש בזרע מוקפא, למרות כל הבדיקות הנערכות בו, אין בו כדי למנוע העברת מחלות באופן מוחלט. הוסבר לנו כי אין כל בטחון שכתוצאה מההזרעה האשה תהרה, או שכתוצאה מההזרעה היא תלד.

כמו כן, קיימת אפשרות של סיבוכים בעת ההריון והלידה וכן תיתכן לידה של ילד/ים במצב בריאות פיזי או נפשי לא תקין, או בעלי מום, או בלתי נורמלי/ים וכן בעלי נטיות תורשתיות או כל סטייה אחרת מהרגיל, כפי שהדבר עלול לקרות בהריון טבעי.

אנו מסכימים כי התורם או התורמים של הזרע שבו יעשה שימוש בהזרעת האשה או הזרע עצמו יבחר על ידי הרופא ולפי שיקול דעתו הבלעדי ולא נהיה רשאים לדעת את זהותו של האדם שבזרעו נעשה שימוש בהזרעת האשה, או את סגולותיו, או כל פרט אחר הקשור בו או במשפחתו. 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 שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בכפוף לחוק.

אנו מוותרים בשמנו, בשם יורשנו, עזובנו ונציגנו החוקיים ובשם כל מי שיבוא במקומנו, על כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בכל הקשור או הנובע מן הבדיקות והטיפולים שיעשו לשם ביצוע ההזרעה מלאכותית, מן ההזרעה עצמה, מבחירת הזרע והתורם או סגולותיו האישיות, התורשתיות, הרוחניות, הגופניות, ארץ מוצאו או העדה עמה הוא נמנה וכן לגבי הילד/ים שיוולדו/ו, אם יוולדו/ו, מנום, מראהו/ם החיצוני, אופיו/ם, סגולותיו/ם או מצב בריאותו/ם.

אנו מסכימים ומצהירים כי הילד/ים שיוולדו/ו כתוצאה מההזרעה יש/או את שמנו ויחשבו/ו כבנו/בתנו לכל דבר ועניין, לרבות עניין מזונות וירושה.

חתימת הבעל

חתימת האשה

תאריך

אני מאשרת/ 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.

מס' רשיון

חתימת הרופא/ה

שם הרופא/ה

מחלקת נשים ויולדות

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה

