

### טופס 3

## טופס הסכמה לתורמת ביציות לביצוע שאיבת ביציות ותרומתן ולהכללת פרטיה

### האישיים במאגר המידע ומרשם הילודים

לפי פרק ג' סעיף 12, לחוק תרומת ביציות, התש"ע - 2010

1. כללי:  
שאיבה ותרומה של ביציות נעשה למטרת הולדת ילד. הליך שאיבת ביצית נעשה לאחר מתן טיפול הורמונאלי. הליך השאיבה נעשה בחדר ניתוח תחת הרדמה כללית.

2. טיפול הורמונאלי:  
במחזור טבעי מבשיל על פי רוב זקיק בודד. השימוש בתרופות מאפשר גיוס מספר רב של זקיקים ומגדיל את הסיכוי לשאוב יותר ביציות. בכך גדל הסיכוי להשיג יותר עוברים להחזרה. חלק מן התרופות משמשות לגירוי השחלה, חלקן ניתנות לאיזון של הורמונים שונים ואחרות לדיכוי הציר יתרת המח - שחלה ובכך מושגת יעילות יתר בטיפול.

3. סיכוני הטיפול ההורמונאלי:  
הטיפול ההורמונאלי גורם לעיתים קרובות לגירוי יתר שחלתי. גירוי היתר הוא על פי רוב קל ומתבטא בתפיחות הבטן, כאבי בטן, הגדלת שחלות ואף הצטברות קלה של נוזלים בבטן. התופעות חולפות כ - 3 - 4 שבועות אחרי שאיבת הביציות.

כטיפול מספיקה מנוחה ושתיה מרובה ולרוב לא נדרש אשפוז.  
גירוי יתר בינוני או קשה נדירים יותר. גירוי בינוני כולל בנוסף לנ"ל גם בחילות, שלשולים וריכוז יתר של הדם. בגירוי קשה (5% - 0.5%) קיים סיכון לתפליטים בריאות וכן לתסחיפים. סיבוכים נדירים נוספים כוללים אי ספיקת לב ו/או כליות. דווחו אף מקרים בודדים של צורך בקטיעת גפיים ואף מוות.  
יש לציין סיכון נדיר נוסף לתסביב (שזור), קרע או דימום מהשחלה. סיבוך זה מחייב התערבות כירורגית (פתיחת בטן או לאפארסקופיה) לשם התרת התסביב. לעיתים נדירות דווח אף על צורך בכריתת השחלות.

לאחרונה הופיעו בספרות הרפואית דיווחים בודדים, שבזקיקים את האפשרות של עליה בשכיחות סרטן השחלות, לאחר טיפול בגורמי ביוץ. דיווחים אלו לא אושרו במחקרים נוספים ומוזכרים פה למען הזהירות, וזאת מכיוון שהמידע עדיין מצטבר ומסקנותיו יודעו רק בעוד שנים.  
במקרים בהם הטיפול יכול לדיכוי מוקדם של השחלות, עלולות להופיע תופעות לוואי הדומות לאלו של גיל המעבר. כמו כן עלולות להתפתח ציסטות שחלתיות שיהיה צורך בשאיבתם ו/או בהפסקת הטיפול. רגישות לתכשירים ההורמונאליים נדירה.  
דיווח מוקדם למטפל על תופעות חריגות יקל באבחון ובטיפול מוקדם.

4. סיכוני שאיבת ביציות:  
פעולת שאיבת הביציות כרוכה באי נוחות עד כאב, ולאחריה תיזדרש מנוחה של מספר שעות. הסיכונים העיקריים הנובעים מהחדרת מחט לשחלה הינם זיהום ודימום. זיהום באגן הינו נדיר וחולף בדרך כלל על ידי טיפול אנטיביוטי.

לעיתים נדרש ניתוח לניקוז מורסה או להרחקת חצוצרות או שחלות פגועות. זיהום מקטין את הסיכוי להריון. לעיתים נדירות עלול מצב זיהומי להסתבך עד כדי כריתת רחם. דימום קל מתרחש כמעט בכל

דיקור שחלתי. לעיתים רחוקות הדימום רב יותר ומחייב מתן דם, פעולות לעצירת הדימום, כריתת שחלות ורחם. נזק למעי הינו נדיר אך אפשרי.

#### 5. סיכוני הרדמה:

הרדמה הינה פעולה בטוחה יחסית, אך יש בה סיכונים. הסיכונים בהרדמה מקומית הם תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. הסיכונים בהרדמה אפידורלית הם תגובה אלרגית ופגיעה עצבית בפלג גוף תחתון. סיכוני הרדמה כללית כוללים נזק לשיניים ו/או למיתרי הקול כתוצאה מהחדרת הצינור לקנה הנשימה, תופעות אלרגיות בדרגות שונות לחומרי ההרדמה ובמקרים נדירים ביותר מוות, לכן דיווח מראש על רגישות לחומרים חיוני. בהרדמה כללית יש סכנה של שאיפת תוכן קיבה (אספירציה). צום של 6 שעות לפחות מקטין את הסיכון לאספירציה.

6. הוסבר לי והסכמתי לתת במעמד התרומה דגימת דם לצורך בדיקה גנטית במידה וימצא כי בעל הזרע בו יופרו הביציות שאתרום נושא מחלה גנטית.

7. הוסבר לי והבנתי כי בטרם שאיבת הביציות יהיה עלי לעבור את הבדיקות הגופניות הבאות: אנמנזה, תיאור חיצוני, בדיקה גופנית לרבות בדיקת שד ובדיקה גניקולוגית. ואת בדיקות המעבדה הבאות: סוג דם ו- RH, סוכר, HbsAg, HCV Ab, HIV ו-X שביר.

8. הוסבר לי והבנתי כי יהיה עלי לעבור בדיקה פסיכולוגית לצורך בדיקת התאמתני לתרומת ביציות.

אני הח"מ \_\_\_\_\_ (להלן: "האישה")  
שם האישה התורמת      ת.ז.      כתובת

מצהירה ומאשרת בזאת כי קבלתי הסבר בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_  
שם פרטי      שם משפחה

על תהליכי הטיפול של שאיבת ביציות לצורך תרומתן. (סעיפים 5-1)

קראתי בעיון את ההסכמה לרבות ההסברים המפורטים בדבר השלבים השונים, תופעות הלוואי והסיכונים האפשריים הכרוכים בטיפול. כמו כן קיבלתי מהרופא המטפל הסברים מפורטים על פרטים שלא היו ברורים לי ומענה מפורט לשאלותיי ואני מסכימה לביצוע כל הפעולות הכירורגיות והמעבדתיות שתידרשנה על מנת להגדיל את סיכויי ההצלחה בכל אחד משלבי הטיפול. הנני מצהירה בזאת שהוסבר לי והבנתי כי בכל אחד משלבי הטיפול אפשריים סיכונים ואני מוכנה ליטול סיכונים אלו על עצמי.

אני נותנת את הסכמתי המלאה מרצוני החופשי לצוות הרפואי ביחידת IVF בבי"ח \_\_\_\_\_  
(שם המוסד)

לרופאים, האחיות, אנשי המעבדה, עוזריהם וכל צוות יחידת IVF, לבצע את כל תהליכי הטיפול המפורטים לעיל, בהתאם לשיקול דעתם, ועל פי הנהלים וההוראות של בית החולים, באחריות המקובלת בבית החולים ובכפוף לחוק.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם מלא של התורמת: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לאישה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא חתמה בפני על הסכמה לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

תאריך	שם הרופא	חתימה	חותמת
-------	----------	-------	-------

9. לאחר שקבלתי הסבר על ההליך הרפואי של שאיבת הביציות – הוסבר לי והבנתי כי פרטי האישיים יועברו ויכללו במאגר המידע ומרשם הילודים.

מאגר מידע – מאגר הקיים במשרד הבריאות וכולל את הפרטים הבאים:

- פרטיה האישיים של התורמת והנתרמת.
- פרטיו האישיים של המיועד להיות האב הגנטי / תורם זרע.
- סימון הקוד כפי שמופיע על מבחנת הזרע, במקרים בהם תורם הזרע אנונימי.
- אישור על הקצאת ביציות לתרומה, ופרטים נוספים לגבי תרומה זו.

מרשם הילודים – מרשם שמתנהל בבית המשפט וכולל את הפרטים הבאים:

- פרטיה האישיים של התורמת והנתרמת / אם מיועדת לפי חוק הסכמים לנשיאת עוברים.
- פרטיו האישיים של הגבר שבזרעו הופרו הביציות המושתלות. לגבי תורם זרע אנונימי – הקוד כפי שמופיע על מבחנת הזרע.
- ציון דתה של תורמת ביצית כאשר אינה בת דתה של הנתרמת.
- פרטיו האישיים של היילוד והוריו (ככל שהאב אינו תורם זרע).

10. הוסבר לי והבנתי כי הרופא האחראי ביחידת IVF יפנה למאגר המידע לאישור התנאים הבאים:

- א. התורמת היא בת דתה של הנתרמת ואינה קרובת משפחה.
- ב. התורמת אינה קרובת משפחתו של מי שמיועד להיות האב הגנטי של היילוד.
- ג. התורמת אינה נשואה.
- ד. היו הביציות שנשאבו מהתורמת מיועדות להפריה בזרעו של תורם זרע מבנק הזרע – התורם יהיה תושב חוץ.

11. הוסבר לי והבנתי כי רופא מומחה עובד משרד הבריאות רשאי לשם פיקוח על ביצוע הוראת חוק תרומת ביציות לקבל מידע ממאגר המידע.

12. הוסבר והובן לי כי הרופא האחראי או המטפל ביחידת IVF בבי"ח \_\_\_\_\_ יעביר את המידע המפורט לעיל בהגדרת מרשם הילודים.

13. הוסבר לי והבנתי כי הילדים שיולדו מתרומת ביציות, לפי חוק תרומת הביציות, רשאים לפנות אל מרשם היילודים על מנת לברר אם הם קרובי משפחה. בירור זה יכול שיעשה גם על ידי רשם הנישואין.

14. הרופא המטפל ימסור לי מידע לגבי מספר הביציות שנשאבו מגופי ואיכותן.

15. ידוע לי כי לא תבוצענה יותר משלוש פעולות של שאיבת ביציות לשם השתלתן וכי חלפו לפחות 180 יום מהמועד האחרון שמו בוצעה בו פעולה של שאיבת ביציות.

16. ידוע לי כי אוכל לחזור בי מהסכמתי להשתלת הביציות שישאבו מגופי ויוקצו להשתלה בנתרמת עד לשלב הפריית הביציות. כמו כן ידוע לי כי אוכל לחזור בי מהסכמתי להקצאת ביציות למחקר או להשתלה עד לביצוע הפעולה עליה הוריתי. במקרה שאחזור בי מהסכמתי לתרומת ביציות לצורך השתלתן, לא אהיה זכאית לקבלת כל פיצוי כספי.

17. ידוע לי כי לא אקבל מידע מזהה אודות הנתרמת או האם המיועדת, אלא אם כן ניתנה הוראה מוועדת חריגים.

18. ידוע לי כי הילד שיולד כתוצאה מתרומת ביציותיי, יהיה ילדה של הנתרמת לכל דבר ועניין. ולא יחולו ביני לבין הילד הזכויות והחובות הקיימות בין הורים ושאר קרוביהם ובין היילוד שנולד כתוצאה מתרומת ביציותיי, ולא תהינה נתונות בידי הסמכויות הנתונות להורים ביחס לילדיהם.

לאחר שהוסבר והבנתי את האמור לעיל (סעיפים 6-15) ע"י ד"ר \_\_\_\_\_, הרופא האחראי  
ביחידת IVF, בבית חולים \_\_\_\_\_, אני מסכימה להכללת הפרטים הנ"ל במאגר המידע  
ובמרשם הילודים.

שם האישה התורמת:	מ.זהות	כתובת	חתימה	תאריך
------------------	--------	-------	-------	-------

\*\*\*\*\*

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

תאריך	שם הרופא	חתימה	חותמת
-------	----------	-------	-------

**נספח א' לטופס מס' 3 : ייעוד הביציות**  
לפי פרק ג' סימן ב', סעיף 16 (ב,ג,ד) לחוק תרומת ביציות, התש"ע - 2010

נספח זה ימולא לאחר שאיבת הביציות, וישלח למאגר המידע.

סה"כ הביציות שנשאבו: \_\_\_\_\_

הנני מורה כי הביציות שנשאבו מגופי מיועדות ל:

**השתלה בנתרמת.**

מספר הביציות המיועדות להשתלה \_\_\_\_\_  
תוקף הסכמתי להשתלת הביציות עד לתאריך \_\_\_\_\_

**מחקר.**

(מספר הביציות המוקצות למטרת מחקר לא יעלה על מספר ביציות השווה ל- 20 אחוזים ממספר הביציות שנשאבו מגופי, או על 2 ביציות לפי הנמוך)  
מספר הביציות המיועדות למחקר \_\_\_\_\_  
למחקר מסוים / לא מסוים, בארץ / מחוץ לארץ.  
תוקף הסכמתי למסירת הביציות למחקר עד לתאריך \_\_\_\_\_

**הקפאה לשימור עצמי.**

(מספר הביציות המוקצות למטרת מחקר לא יעלה על מספר ביציות השווה ל- 20 אחוזים ממספר הביציות שנשאבו מגופי, או על 2 ביציות לפי הנמוך)  
מספר הביציות המיועדות להקפאה \_\_\_\_\_  
תוקף הסכמתי לשמירת הביציות עד לתאריך \_\_\_\_\_

**השמדה של ביציות**

מספר הביציות המיועדות להשמדה \_\_\_\_\_  
\* כאשר לא יתבקש שינוי יעוד הביציות שנשאבו ו/או ביצוע פעולה אחרת בביציות שנשאבו מגופה יושמדו הביציות בחלוף 90 יום מיום הודעתה על חזרה מהסכמתה.

שם האישה התורמת: מ.זהות כתובת חתימה תאריך

\* פרטים שימלא הרופא האחראי –

תאריך שאיבת הביציות \_\_\_\_\_

הערות \_\_\_\_\_

תאריך שם הרופא חתימה חותמת

נספח ב' לטופס מס' 3: חזרה מהסכמה לתרומת ביציות ושינוי יעוד  
לפי פרק ט' סעיף 44, לחוק תרומת ביציות, התש"ע - 2010

לכבוד

- מנהל יחידת IVF, בית החולים \_\_\_\_\_  
- אחראי על מאגר מידע במשרד הבריאות

א. חזרה מהסכמה

1. אני, הח"מ, מבקשת לחזור בי מהסכמתי לתרום את ביציותיי. (לפני שאיבת הביציות)
2. אני, הח"מ, מבקשת לחזור בי מהסכמתי לתרום את ביציותיי להשתלה ולא לעשות כל שימוש אחר בביציותיי אלא להשמידן או להפשירן במידה והוקפאו.
3. אני, הח"מ, מבקשת לחזור בי מהסכמתי לתרום את ביציותיי למחקר.
4. אני, הח"מ, מבקשת לחזור בי מהסכמתי להקפאת ביציותיי.

ב. שינוי יעוד

אני, הח"מ, מבקשת לשנות את ייעוד הביציות שתרמתי מ \_\_\_\_\_ ליעוד \_\_\_\_\_.

ג. השמדת הביציות

אני, הח"מ, מבקשת להשמיד את ביציותיי שנתרמו לייעוד \_\_\_\_\_.

שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

\* פרטים שימלא הרופא האחראי –

תאריך שאיבת הביציות \_\_\_\_\_  
סיבת החזרה מהסכמה, כפי שהציגה בפניו התורמת \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם הרופא \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ חותמת \_\_\_\_\_

## נספח ג' לטופס מס' 3: תצהיר לתורמת

### תצהיר

אני הח"מ \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ לאחר שהזהרתי כי

עלי לומר את האמת, וכי אהיה צפויה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן מצהירה בזה כדקלמן:

1. הנני ילידת שנת \_\_\_\_\_ מצבי המשפחתי הוא: רווקה / נשואה / גרושה / אלמנה. פניתי בעבר לועדת האישורים/חריגים : כן/לא. בקשתי אושרה/לא אושרה.
2. הנני בת לדת \_\_\_\_\_.
3. הנני תושבת מדינת ישראל.
4. כל המסמכים אותם מסרתי הינם נכונים ואמיתיים. אני הח"מ מתחייבת להודיע לרופא האחראי/ המטפל על כל שינוי מהותי בעובדות, בנסיבות או בתנאים שנמסרו על ידי.
5. איני עצורה או אסירה. מצ"ב גיליון רישום פלילי.
6. איני חולה במחלת נפש ולא אושפזתי בבית חולים למחלות נפש, או במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים.
7. הנני מצהירה כי זהו שמי, חתימתי ותוכן תצהירי אמת.

\_\_\_\_\_ חתימת התורמת

\_\_\_\_\_ תאריך

הנני מאשר/ת כי ביום \_\_\_\_\_ הופיעה בפני עו"ד \_\_\_\_\_ במשרד ברח' \_\_\_\_\_

הגב' \_\_\_\_\_ אשר זיהתה עצמה ע"י ת.ז. \_\_\_\_\_.

לאחר שהזהרתי כי עליה להצהיר את האמת וכי תהיה צפויה לעונשים הקבועים בחוק אם לא תעשה כן, אישרה נכונות הצהרתה הנ"ל וחתמה עליה בפני.

\_\_\_\_\_ חתימת עו"ד

\_\_\_\_\_ תאריך