

-סודי-

**טופס הסכמה : הזרעה מלאכותית עם זרע של תורם לאישה פנויה**

**(Donor ARTIFICIAL INSEMINATION- SINGLE WOMAN)**

הסבר : 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 או שנעשה בו שימוש בטיפול I.V.F. הסיכויים הידועים להצלחת הטיפול תלויים בגורמים לליקויי הפוריות והם כ - 15% למחזור טיפולי אחד.

שם האישה: \_\_\_\_\_

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

ת.ז.

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_

שם משפחה

שם פרטי

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

הוסברו לי תופעות הלוואי האפשריות, לרבות: כאבי בטן קלים ודימום קל שהולכים ופוחתים בדרך כלל תוך מספר שעות לאחר ההזרעה. כמו כן הוסבר לי הסיכון האפשרי של זיהום באברי המין הפנימיים שלעיתים ילווה בכאב ו/או חום גבוה ויצריך אשפוז ובמקרים נדירים יגרום לסתימת החצוצרות.

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

הוסבר לי כי אין כל בטחון שכתוצאה מההזרעה אכנס להריון, או שכתוצאה מההזרעה אלד.

כמו כן, קיימת אפשרות של סיבוכים בעת ההיריון והלידה וכן תיתכן לידה של ילד/ים במצב בריאות פיזי או נפשי לא תקין, או בעלי מום, או בלתי נורמליים וכן בעלי נטיות תורשתיות או כל סטייה אחרת מהרגיל, כפי שהדבר עלול לקרות בהריון טבעי. אני מסכימה, כי התורם או התורמים של הזרע שבו יעשה שימוש בהזרעה, או הזרע עצמו יבחר על ידי הרופא ולפי שיקול דעתו ובהסכמתו ולא אהיה רשאית לדעת את זהותו של האדם שבזרעו נעשה שימוש, או את סגולותיו, או כל פרט אחר הקשור בו או במשפחתו. אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול.

אני יודעת ומסכימה לכך שהטיפול יעשה בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בכפוף לחוק.

אני מוותרת בשמי, בשם יורשי, עזבוני ונציגי החוקיים ובשם מי שיבוא במקומי, על כל טענה או כל תביעה מסוג כלשהו בכל הקשור או הנובע מן הבדיקות והטיפולים שיעשו לשם ביצוע ההזרעה המלאכותית, מן ההזרעה עצמה, מבחירת הזרע והתורם או סגולותיו האישיות, התורשתיות, הרוחניות, הגופניות, ארץ מוצאו או העדה עימה הוא נמנה וכן לגבי הילד/ים שיוולדו, אם יוולדו, מינום/מראהו/ם החיצוני, אופיו/ם, סגולותיו/ם או מצב בריאותו/ם.

אני מסכימה ומצהירה כי הילד/ים שיוולדו כתוצאה מההזרעה ישא/ו את שמי ויחשב/ו כבני/בתי לכל דבר ועניין, לרבות עניין מזונות וירושה. אני מתחייבת לדווח לבנק הזרע על תוצאות הטיפול ועל כל הריון ולידה שבאו בעקבותיו.

- הובא לידיעתי כי ניתן להיוועץ בסמכות הלכתית.
- הובא לידיעתי כי אני יכולה לעבור בדיקות גנטיות על מנת לשלול נשאות גנטית לפני ביצוע ההזרעה.
- לפי מיטב ידיעתי, לאחר שבדקתי, איש מבין קרובי משפחתי מדרגה ראשונה לא תרם זרע.

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

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