

טופס הסכמה לטיפול הפרייה חוץ גופית

**БЛАНК СОГЛАСИЯ НА ПРОВЕДЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО
ОПЛОДОТВОРЕНИЯ (ЭКО)**

1. Общая часть:

Экстракорпоральное оплодотворение проводится в случаях бесплодия, возможными причинами которого являются:

- Блокирование или нарушение функции маточных (фаллопиевых) труб.
- Нарушения овуляции.
- Дефекты спермы.
- Бесплодие неясной этиологии.
- Генетические нарушения.
- Неудачи других предыдущих курсов лечения бесплодия.
- Прочие причины.

1.1 Лечебная база: Гормональное стимулирование с целью увеличения количества фолликулов в яичниках; извлечение яйцеклеток из женских яичников и их оплодотворение спермой мужа или спермой донора; оплодотворенные яйцеклетки хранятся в инкубаторе в течение 2 – 6 суток, после чего вводятся обратно в матку жены – если же остаются лишние оплодотворенные яйцеклетки, пригодные к замораживанию, их замораживают в целях возможного дальнейшего использования.

1.2 Шансы на успех: Шансы на успех лечения различны и зависят от возраста супругов, состояния яичников, от имеющейся патологии матки, маточных труб, яичников или тазовой области, от качества спермы и прочих медицинских факторов. Точные шансы беременности невозможно рассчитать для каждого отдельного случая, можно лишь рассчитать диапазон риска. Невозможно заранее гарантировать или заранее знать, увенчается ли оплодотворение женских яйцеклеток успехом, и родится ли в результате этого ребенок.

Наиболее важным фактором, влияющим на успех процедуры, является возраст женщины. Чем старше женщина, тем меньше шансов на нормальный ход беременности и, как следствие, на рождение здорового ребенка (Take Home Healthy Baby); средний шанс на успех беременности после одного лечебного курса колеблется от 15 до 35%. Процент беременностей, заканчивающихся рождением живого ребенка после одного лечебного курса, колеблется от 10 до 30%, в зависимости от возраста женщины, от фактора бесплодия или от общего состояния здоровья.

Беременности, являющиеся результатом процедуры экстракорпорального оплодотворения, связаны с незначительным увеличением частоты выкидышей и осложнений в ходе беременности или родов. При экстракорпоральном оплодотворении возможно небольшое – по сравнению со спонтанными беременностями – увеличение вероятности рождения ребенка или детей с аномалиями физического или психического развития, в том числе детей с пороками, наследственными отклонениями или любыми прочими видами аномалий, которые могут обнаружиться на любом жизненном этапе. По-прежнему неясно, связаны ли эти нарушения с использованием медицинских технологий, или же они обусловлены самим бесплодием и его различными компонентами.

2. Гормонотерапия:

Существует зависимость между числом возвращаемых в матку оплодотворенных яйцеклеток и шансами на успех. Вместе с тем, перенос нескольких эмбрионов увеличивает риск развития многоплодной беременности с ее многочисленными осложнениями.

И потому, одной из целей лечения является оплодотворение нескольких яйцеклеток с тем, чтобы выбрать из них наиболее качественные, и вернуть в матку именно их. Во время природного цикла в большинстве случаев созревает только один фолликул. Использование лекарственных препаратов позволяет задействовать несколько фолликулов и увеличивает шансы на извлечение большего количества яйцеклеток. Таким образом возрастают шансы на получение нескольких эмбрионов, из которых можно уже выбрать наиболее подходящие для подсадки в матку. Лечебный протокол включает в себя сочетание нескольких лекарственных средств и кастомизирован под реакцию яичников в процессе наблюдения.

2.1 Возможные риски при гормонотерапии: Гормонотерапия иногда приводит к синдрому гиперстимуляции яичников. В большинстве случаев такая гиперстимуляция протекает в легкой форме и выражается в припухлости живота, болях в животе, увеличении размеров яичника и даже в незначительном скоплении жидкости в животе. Эти симптомы исчезают через 3-4 недели после внедрения яйцеклеток в матку. Если беременность наступила, эти симптомы могут продолжаться в течение более длительного периода времени. В качестве лечения назначают покой и обильное питье, и в большинстве случаев нет необходимости в госпитализации. Тяжелая гиперстимуляция и гиперстимуляция средней степени тяжести встречаются очень редко. При синдроме гиперстимуляции средней степени тяжести в дополнение к указанным симптомам отмечаются тошнота, диарея (понос), повышение концентрации крови. При тяжелой форме синдрома гиперстимуляции (0,5% - 3%) существует риск появления плевральных выпотов и даже эмболий. Прочие редко встречающиеся осложнения – сердечная и/или почечная недостаточность. Сообщалось об отдельных редких случаях ампутации конечностей и даже о смерти.

Еще одним редким осложнением является заворот (перекрут), разрыв или кровотечение из яичника. Это осложнение требует хирургического вмешательства (вскрытия брюшины или лапароскопии) с целью избавления от заворота. Сообщается также об очень редких случаях, когда потребовалось удаление яичника. Кроме того, могут развиться кисты яичника (наполненные жидкостью фолликулы), которые требуют аспирации, и/или приводят к прекращению лечения. В последнее время в медицинской литературе появились сообщения, в которых исследуется связь между повышением риска развития рака яичников, слизистой матки и груди и гормональной стимуляцией суперовуляции. Отчеты эти не получили окончательного подтверждения и упоминаются здесь исключительно в целях предосторожности.

С учетом того факта, что информация пока только регулярно собирается и уточняется, выводы можно будет сделать лишь через несколько лет. Имеет место непрерывный и постоянно действующий процесс сбора данных относительно рисков и побочных эффектов в ходе и вследствие применения методов лечения бесплодия. Вероятно, что, если такая зависимость действительно имеется, она вытекает из первичной проблемы бесплодия.

В случаях, когда лечение будет включать в себя предварительное подавление функции яичников, могут иметь место побочные эффекты, аналогичные тем, что наблюдаются в климактерическом периоде, например, приливы жара, ощущение дискомфорта при половых сношениях, сухость влагалища и ночная потливость.

Очень редко отмечается повышенная чувствительность к гормональным препаратам, однако предварительное информирование лечащего врача о наличии подобных аномалий облегчит постановку диагноза и ранние этапы лечения.

3. Лабораторные анализы и УЗИ:

Перед началом лечения, помимо общепринятых обследований, обоим супругам необходимо сделать общий анализ крови, включая анализ на ВИЧ антитела, гепатиты В и С, а также дополнительные конкретные анализы в соответствии с анамнезом пациентов и их возрастом.

Рекомендуется провести исследования, подтверждающие, что супруги не являются носителями генетических заболеваний.

В случаях донорства спермы или яйцеклетки следует перед выбором донора провести генетические исследования супругов.

Средствами мониторинга и наблюдения за развитием фолликул (яйцеклеток) в яичниках служат анализы крови на гормоны и вагинальное УЗИ.

4. Выведение яйцеклеток и их оплодотворение:

Выведение яйцеклеток в большинстве случаев осуществляется под местным или общим наркозом. Процедура обычно выполняется трансвагинально под контролем УЗИ, а в редких случаях - трансабдоминально. Чрезвычайно редко процедура осуществляется с помощью лапароскопии.

Процесс оплодотворения имеет место после инкубации яйцеклетки вместе со спермой в специально созданных лабораторных условиях.

4.1 Риски при выведении яйцеклеток: Процедура выведения яйцеклеток связана с определенным дискомфортом и даже болями, после нее требуется покой в течение нескольких часов. Основные риски процедуры, вызванные введением иглы в яичник, - это инфекция и/или кровотечение. Инфицирование тазовой области происходит достаточно редко и обычно проходит после лечения антибиотиками.

Иногда может понадобиться операция для дренирования абсцесса или удаления поврежденных маточных труб или яичников. Инфицирование снижает шансы на оплодотворение. В очень редких случаях

инфицирование может даже привести к гистерэктомии. В случае более обильного, чем обычно, кровотечения, может возникнуть необходимость во вливании крови, в выполнении хирургических процедур с целью остановки кровотечения, а в редчайших случаях – даже в удалении яичников и матки. Хотя и очень редко, вред может быть также нанесен кишечнику и мочевому пузырю.

Небольшое влагалищное кровотечение имеет место почти при каждой пункции яичника.

Сообщается о редких случаях смерти в результате выведения яйцеклеток.

5. Микроманипуляция:

Микроманипуляция представляет собой лабораторную процедуру, проводимую над яйцеклетками после их выведения или над оплодотворенными яйцеклетками и предназначенную для достижения следующих целей:

5.1 ICSI – ИКСИ – интрацитоплазматическое введение сперматозоида: процедура выполняется тогда, когда сперма низкого качества и не способствует процессу обычного оплодотворения, а также тогда, когда в прошлом оплодотворение не происходило вообще или же процент оплодотворений был очень низок, или тогда, когда оплодотворение было неполноценным.

Техника носит название ИКСИ (интрацитоплазматическое введение сперматозоида) и с ее помощью в яйцеклетку вводится один-единственный сперматозоид.

Следует отметить, что процедура ИКСИ незначительно повышает вероятность генетических нарушений. Мужчины с чрезвычайно малым числом сперматозоидов и низким качеством спермы могут передать это свойство по наследству своим сыновьям.

5.2 Увеличение шансов на оплодотворение (assisted hatching - вспомогательный хэтчинг): Эта техника используется при работе с оболочкой оплодотворенной яйцеклетки – для улучшения ее укоренения. Методика состоит в создании «окошка» или утончения оболочки оплодотворенной яйцеклетки механическими или химическими способами, или с помощью лазерного луча.

5.3 Взятие проб эмбриональных клеток для PGD (предимплантационной генетической диагностики) – риски техники ИКСИ: имеются сообщения о незначительном повышении частоты врожденных пороков или медицинских проблем в процессе дальнейшей жизни. И в этом случае пока еще неясно, связана ли эта опасность с применением медицинских технологий или же она вытекает из самого бесплодия и его различных аспектов.

6. Инкубация:

Оплодотворенные яйцеклетки хранятся в лабораторном инкубаторе 2-6 суток с целью создания оптимальных условий для их развития.

7. Возвращение оплодотворенных яйцеклеток:

7.1 Перенос непосредственно в матку (ПЭ – перенос эмбрионов): Оплодотворенные яйцеклетки загружаются в пластиковую трубочку и через 2-3 дня после оплодотворения, а при возврате blastocysta на 5-й – 6-й день после оплодотворения, переносятся в полость матки через шейку матки.

Процедура большей частью проводится без применения наркоза.

7.2 Опасности при переносе оплодотворенных яйцеклеток (преэмбрионов): Перенос оплодотворенных яйцеклеток в матку представляет собой относительно простую процедуру, обычно выполняемую без наркоза. Иногда канал шейки матки закручен или сужен, и в некоторых из подобных случаев требуется расширение шейки матки, которое может вызвать незначительную боль. Перенос оплодотворенных яйцеклеток в полость матки связан с небольшим риском возникновения воспаления в тазовой области, в редких случаях – с прободением стенки матки.

7.3 В особых случаях можно осуществить перенос оплодотворенных яйцеклеток в маточную трубу: Эта процедура выполняется методом лапароскопии под общим наркозом. Поскольку при лапароскопии в брюшную полость вводится газ CO₂, сразу же после процедуры и в течение нескольких часов после ее завершения следует ожидать появления болей в плечах и в брюшной полости. Вероятная опасность при лапароскопии, помимо рисков, связанных с наркозом (см. разд. 9 ниже), - это поражение внутренних органов брюшной полости, таких как кишечник, мочевой пузырь и кровеносные сосуды, что иногда требует вскрытия брюшной полости для проведения корректирующих хирургических операций. Есть сведения о редких случаях смертности при лапароскопии.

8. Риски беременности и многоплодия:

Любая беременность, в которой присутствует более одного плода, считается многоплодной. При лечении бесплодия, процент многоплодия зависит от количества оплодотворенных яйцеклеток, переносимых обратно в матку. Если в матку переносится более одной оплодотворенной яйцеклетки, вероятность развития многоплодной беременности составляет до 25%.

При беременности тройней или более, или в особых случаях беременности двойней,

принято предлагать редукцию плодов. Возможные риски при подобной процедуре: в 5% случаев – ранний или поздний выкидыш, воспаление органов таза со всеми видами осложнений (см. пункт 4 выше) и преждевременные роды.

Многоплодная беременность – это беременность высокой группы риска, связанного с такими осложнениями у матери и у плода, как ранний или поздний выкидыш и преждевременный отход околоплодных вод, приводящий к прекращению беременности или к рождению недоношенных детей.

Риски при рождении недоношенного ребенка включают, в числе прочих, необходимость длительной госпитализации, моторные нарушения, мозговые и нервные нарушения и бессрочную инвалидность.

Кроме того, у беременных матерей отмечается рост заболеваемости такими болезнями как диабет беременных, артериальная гипертония беременности, и кровотечения в ходе беременности и после родов.

Многоплодная беременность повышает риск неврологических нарушений у новорожденных (при рождении двойни риск 5-кратно превышает риск при рождении одного ребенка). Рождение тройни связано с очень высоким риском преждевременных родов (около 75%); риск возникновения долгосрочных неврологических нарушений развития отмечается у 35% новорожденных.

Кроме того, по сравнению с одноплодными родами, имеется повышенная опасность развития детского церебрального паралича.

При многоплодной беременности очень высок процент родов с использованием кесарева сечения. Чем больше число плодов, тем чаще отмечается это явление. Кроме того, следует указать, что при лечении бесплодия всегда присутствует высокий риск внематочной беременности – до 4%, и если беременность сама не рассасывается, возникает необходимость в хирургическом вмешательстве, а иногда и в удалении фаллопиевых труб, чтобы избежать физического вреда или угрозы жизни женщины.

9. Риски при анестезии:

Анестезия является относительно безопасной процедурой, но и у нее есть свои риски.

Риски общей анестезии включают в себя вред, причиняемый зубам и/или голосовым связкам при введении трубки в дыхательное горло, вызываемые анестетиками аллергические явления различной степени тяжести, в редких случаях даже ведущие к смерти. Поэтому крайне важно предоставить информацию о чувствительности к определенным веществам или о проблемах и сложностях в ходе предыдущих сеансов анестезии. В ходе общей анестезии существует опасность вдыхания содержимого желудка (аспирация). Воздержание от приема пищи в течение по меньшей мере 6 часов перед дачей наркоза снижает риск аспирации. Риски при общей анестезии возрастают у женщин с избыточным весом и у курящих женщин. Риск при местной анестезии включает аллергическую реакцию различной степени тяжести на анестетики. Риски при эпидуральной анестезии – аллергическая реакция и поражение нервов нижней части тела.

10. Замораживание

Этот процесс осуществляется только тогда, когда имеется избыток пригодных для замораживания оплодотворенных яйцеклеток. Не каждая оплодотворенная яйцеклетка годится для замораживания. Замороженные оплодотворенные яйцеклетки будут использованы согласно решению супружеской пары: для дополнительных курсов лечения, для суррогатного материнства или, при наличии разрешения, для проведения исследований. Иногда возникает необходимость в сохранении оплодотворенных яйцеклеток с целью их переноса в более поздний срок, в связи с тем, что состояние здоровья женщины на момент выведения не позволяет перенос свежих оплодотворенных яйцеклеток. Для замораживания применяют компьютеризованные криокамеры или метод витрификации ооцитов. Оплодотворенные яйцеклетки хранятся замороженными в пробирках или соломинках при температуре -196 градусов Цельсия.

По указанию Министерства здравоохранения, эмбрионы можно хранить замороженными в течение пяти лет. Через 5 лет супруги должны дать больнице указание о продлении срока консервации. Хранение замороженных эмбрионов в течение дополнительных пяти лет выполняется только после получения письменной просьбы о продлении срока замораживания за подписью женщины, из тела которой была извлечена яйцеклетка, и ее супруга, причем обе подписи заверяются ответственным врачом.

Yair Katz 12 St. Haifa 3463626
Call Center *3873

Tel: +972-4-8300000
Fax: +972-4-8300093

טלפון: 04-8300000
פקס: 04-8300093

רחוב יאיר כץ 12 חיפה 3463626
מוקד זימון תורים *3873

www.elishahospital.com

В целях поддержания дальнейшей связи с супругами, на них возлагается обязанность сообщать о любой смене адреса.

10.1 Замораживание яйцеклеток: В настоящее время можно извлечь яйцеклетки из яичников женщины и заморозить их еще до их оплодотворения сперматозоидами. Благодаря использованию такой техники, в мире к настоящему времени родились сотни детей. Тем не менее, по-прежнему нет уверенности в том, что каждое замораживание будет успешным, и что после каждого размораживания будет получена пригодная к оплодотворению яйцеклетка. Данные о здоровье детей, рожденных благодаря применению этой новейшей технологии, все еще немногочисленны и подвергаются постоянному изучению. По аналогии с

общепринятыми правилами применительно к замораживанию оплодотворенных яйцеклеток, неоплодотворенные яйцеклетки также могут быть заморожены на 5-летний срок, который может быть продлен дополнительно еще на 5 лет. По окончании этого периода можно дополнительно продлить срок хранения на основании письменного ходатайства пациентки и в соответствии с медицинскими знаниями, имеющимися на тот момент.

Перенос замороженных-размороженных оплодотворенных яйцеклеток требует подписи обоих супругов на уточненном бланке согласия.

10.2 Техника замораживания яйцеклеток с помощью криоконсервирования (витрификации): криоконсервирование яйцеклеток представляет собой процесс ультрабыстрого замораживания, приводящий еще не оплодотворенную яйцеклетку в состояние стеклообразного агрегата при сверхнизкой температуре (-196°C), что предотвращает образование и формирование кристаллов льда внутри клетки. Размораживание яйцеклеток, прошедших процесс витрификации, также происходит очень быстро, и после их размораживания можно проводить процедуру оплодотворения. Преимущества данного метода: серьезное преимущество метода витрификации яйцеклеток по сравнению с методом медленного замораживания – высокий процент выживаемости яйцеклеток и более высокие шансы на появление жизнеспособных эмбрионов после процесса размораживания. Применение этого метода дает более высокий процент выживания оплодотворенных яйцеклеток (80% - 95%); сообщается также об успешно завершившихся беременностях и родах, наступивших в результате данного процесса. Имеющиеся на сегодняшний день данные не показывают увеличения процента наличия пороков у новорожденных, рожденных из замороженных данным способом яйцеклеток.

10.3 Риски и шансы замораживания: После замораживания оплодотворенных яйцеклеток, считающихся пригодными к замораживанию и размораживанию, процесс выживания оплодотворенных яйцеклеток после размораживания проходит успешно приблизительно в 70% - 80% случаев. Процент беременностей, явившихся следствием переноса замороженных оплодотворенных яйцеклеток после размораживания, ниже, чем после переноса свежих оплодотворенных яйцеклеток. Благодаря усовершенствованию методик замораживания различие в процентах успеха стало ниже. Накопленный к настоящему времени опыт не показывает наличия более высоких рисков у новорожденных, родившихся после процесса замораживания эмбрионов.

11. Созревание яйцеклетки вне организма (IVM – In Vitro Maturation - «созревание в пробирке»):

У женщин, которым невозможно провести гормонотерапию по медицинским причинам, или у женщин с предрасположенностью к синдрому гиперстимуляции яичников, например, с синдромом поликистоза яичников, перенос яйцеклеток можно осуществить вообще без гормональной стимуляции или же после низкой дозы гормональной стимуляции. В таких случаях полученные яйцеклетки являются в большинстве своем незрелыми, и их созревание проводится в лабораторных условиях (созревание вне организма), до того, как они могут быть оплодотворены. Процент успеха при использовании этой методики более низок по сравнению с методом обычного ЭКО.

Метод созревания в пробирке (IVM) является относительно новым. Несмотря на то, что рожденные с его использованием дети были обследованы и найдены здоровыми, до сих пор нет уверенности в том, что применение данного метода в определенных случаях не вызовет врожденных изменений у потомков.

12. Предимплантационная генетическая диагностика (PGD – pre-implantation genetic diagnosis):

Предимплантационная генетическая диагностика беременности позволяет провести генетическое обследование оплодотворенной яйцеклетки еще до ее переноса в матку. Таким образом, можно перенести в матку оплодотворенную яйцеклетку, гарантированно не несущую наследственных заболеваний, на которые она была \

обследована. Этот метод диагностики основывается на взятии из оплодотворенной яйцеклетки всего одной клетки в качестве пробы; делается это обычно на третий день развития, когда оплодотворенная яйцеклетка содержит от 6 до 8 клеток. Эта процедура не затрагивает способности эмбриона к дальнейшему развитию и укоренению, поскольку на данном этапе все клетки обладают способностью дифференцироваться в любом возможном направлении. Риск нанесения вреда эмбриону вследствие выполнения подобной биопсии составляет менее 0,5%. Обычно в целях увеличения вероятности переноса оплодотворенной яйцеклетки без генетических нарушений исследуется несколько оплодотворенных клеток.

12.1 Риски, связанные с предимплантационной генетической диагностикой: Существует возможность того, что процесс извлечения отдельных клеток из оплодотворенной яйцеклетки не увенчается успехом в связи с

качеством яйцеклетки или вследствие трудностей при взятии пробы. Кроме того, существуют ситуации, когда при генетическом исследовании не обнаруживается генетического материала и потому невозможно установить, является ли оплодотворенная яйцеклетка нормальной с генетической точки зрения. Эти данные будут приняты во внимание при обсуждении процесса обратного переноса оплодотворенной яйцеклетки. Помимо этого, существуют ситуации, когда оплодотворенная яйцеклетка, имея всего несколько клеток, прекращает развиваться (что может быть связано или не связано с процессом биопсии), и потому ее шансы на созревание и зачатие очень незначительны. В таких случаях оплодотворенная яйцеклетка не переносится обратно в матку.

Данные предимплантационной генетической диагностики беременности обладают высокой надежностью (свыше 95%). Однако, как и при любом другом лабораторном исследовании, существует вероятность переноса в матку оплодотворенной яйцеклетки, которая выглядит нормальной, однако фактически несет в себе генетические нарушения. Вследствие этого и учитывая тот факт, что предимплантационная генетическая диагностика пока еще считается в мире новейшим методом, следует предпринимать меры согласно рекомендациям международных форумов, дополняющие проведение предимплантационной генетической диагностики следующим условием: если мать забеременее в результате этого лечения, следует проводить предродовую диагностику плода, используя общепринятые методы: взятие пробы ворсинчатого хориона на 10-12-й неделе беременности, когда риск выкидыша составляет всего 1%, или прокалывание околоплодного пузыря (амниоцентез) на 16-20-й неделе беременности, когда риск выкидыша составляет всего 0,5%. Делается это для того, чтобы с полной уверенностью определить, что перенесенные оплодотворенные яйцеклетки действительно не страдают исследуемым заболеванием.

13. Технические погрешности:

Экстракорпоральное оплодотворение включает ряд операционных процедур, лабораторных исследований и применение микроскопических технологий, обуславливающих использование сложного оборудования. Успех всей процедуры зависит от нормального функционирования единой системы. Иногда, хотя и очень редко, оплодотворению могут помешать технические погрешности процесса выведения яйцеклеток, их оплодотворения, переноса в матку, их замораживания, хранения в замороженном виде или размораживания.

14. Полное прекращение лечения или прерывание лечения:

В некоторых случаях курс лечения отменяется вследствие отсутствия соответствующей реакции на лечение, наличия подозрения на преждевременную овуляцию или наличия медицинских проблем в ходе лечения. Иногда вследствие какой-либо проблемы, препятствующей переносу свежих оплодотворенных яйцеклеток, например, развития синдрома гиперстимуляции, который может подвергнуть опасности жизнь женщины, перенос свежих оплодотворенных яйцеклеток после их извлечения не проводится; они подвергаются замораживанию для последующего применения в подходящее время.

Декларация о получении разъяснений и согласии на лечение

Я \мы, нижеподписавшийся \шаяся \шиеся _____
(далее по тексту «Жена»), **Фамилия и имя жены** **№ удост. Личн.**

_____ (далее по тексту «Муж»),
Фамилия и имя мужа **№ удост. личн.**

заявляю \ем и подтверждаю \ем настоящим, что получил \а \ли устное разъяснение, данное д-ром

_____ **Имя** **Фамилия**
и относящееся к процессам и процедурам экстракорпорального оплодотворения (далее по тексту «лечение»).

Я \мы внимательно прочла \чли бланк разъяснений и бланк согласия, включая подробные разъяснения по поводу различных этапов лечения, в том числе описание побочных эффектов и вероятных осложнений, связанных с этим лечением. Кроме того, лечащий врач предоставил мне \нам подробное устное разъяснение относительно деталей, которые были мне \нам неясны и дал ответы на все мои \наши вопросы.

Настоящим я \мы даю \даем согласие на проведение любых хирургических и лабораторных процедур, которые будут необходимы для увеличения шансов на успех лечения на каждом из его этапов. Я \ мы заявляю \ем настоящим, что мне \нам было дано разъяснение и что я \мы понял \а \ли, в чем заключаются риски каждого этапа лечения и я \мы готовы взять на себя эти риски.

Я \мы даю \даем настоящим свое полное и добровольное согласие на процедуру коллективу ЭКО

Название учреждения

врачам, медсестрам, лабораторным работникам, ассистентам и всему коллективу программы экстракорпорального оплодотворения на проведение любых вышеперечисленных процедур лечения по их усмотрению и в соответствии с принятыми в больнице указаниями и положениями, принятой в больнице ответственностью и согласно закону. Ответственным за процесс оплодотворения будет _____ (в случае частного пациента).

Фамилия и Имя врача

Мне \нам разъяснено и я \мы поняли, что обязательства мой полис медицинского страхования может не полностью покрыть стоимость лечения, в котором я \мы нуждаюсь \емся, и что, в случае необходимости, мы должны будем самостоятельно доплатить необходимую недостающую стоимость лечения.

Я \мы осведомлен \ы о том, что у меня \нас есть право в любое время прекратить программу лечения, однако, если я \мы приму \ем такое решение, я \мы буду \ем нести полную ответственность за него.

Я \мы заявляю \ем, что мне \нам разъяснено, что мы обязаны в письменном виде информировать коллектив отделения ЭКО _____

о любых изменениях, происшедших в моем \нашем состоянии здоровья с момента предыдущего лечения;

о любых изменениях в моем \нашем семейном положении;

о любых изменениях адреса для поддержания связи со мной \нами, если он отличается от адреса, ранее сообщенного в отделение.

Подпись _____ Дата: _____
Женщина **Мужчина**

Я подтверждаю, что я устно разъяснил женщине и ее супругу все вышесказанное с необходимой степенью детализации. Кроме того, я дал подробные ответы на их вопросы, и они подписали данное согласие после того, как я убедился, что они полностью поняли данные им разъяснения.

_____ **Фамилия и Имя врача** **подпись врача** **№ лицензии врача**

Yair Katz 12 St. Haifa 3463626
Call Center *3873

Tel: +972-4-8300000
Fax: +972-4-8300093

טלפון: 04-8300000
פקס: 04-8300093

רחוב יאיר כץ 12 חיפה 3463626
מוקד זימון תורים *3873

www.elishahospital.com