

## טופס הסכמה: הזרעה מלאכותית מזרע בן הזוג (ARTIFICIAL INSEMINATION - COUPLE)

### מדבקה

הזרעה מלאכותית מזרע בן הזוג לאשה מומלצת במצבים של ליקויי פוריות הנובעים מאיכות או כמות ירודים של הזרע, תפקוד בלתי תקין של צוואר הרחם, כשהסיבה לאי-פוריות איננה ידועה או מסיבות אחרות לפי המקרה. לצורך ביצוע ההזרעה עוברת זירמת בן הזוג תהליך הכנה מעבדתי בתנאים סטריליים. תאי הזרע מבודדים (לתוך תמיסה סטרילית) תוך קבלת תרחיף זרעונים שטופים המוכנים להזרעה. 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 האישה: \_\_\_\_\_  
שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

שם הבעל: \_\_\_\_\_  
שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

אנו מצהירים ומאשרים בזאת כי אנו חיים כבני זוג נשואים / חיים כבני זוג ואיננו נשואים לאחרים.

אנו מצהירים ומאשרים בזאת שקיבלנו הסבר מפורט בעל פה מד"ר:

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_

על הזרעה מזרע בן הזוג, 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 ובאגן שלעיתים ילווה בכאב ו/או חום גבוה ויצריך אשפוז ובמקרים נדירים יגרום לסתימת החצוצרות. הוסבר לנו כי אין כל בטחון שכתוצאה מההזרעה האשה תהרה, או שכתוצאה מההזרעה היא תלד. 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.

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.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת האישה \_\_\_\_\_ חתימת בן הזוג \_\_\_\_\_

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.

שם הרופא/ה \_\_\_\_\_ חתימת הרופא/ה \_\_\_\_\_ מס' רשיון \_\_\_\_\_