

טופס הסכמה: הקפאת ביציות

ע"פ תקנות בריאות העם (הפרייה חוץ גופית) התשמ"ז - 1987

כיום ניתן לשאוב משחלות האישה ביציות ולהקפיאן עוד בטרם הופרו בתאי זרע. בעקבות השימוש בטכנולוגיה זו נולדו עד כה כמה מאות ילדים. עם זאת, עדיין אין בטחון כי כל הקפאה תצלית, וכי בכל מקרה תתקבלנה לאחר ההפשרה ביציות ברות חיות (ויאביליות) היכולות לעבור הליך הפרייה. ידוע כי אחוזי ההצלחה, דהיינו שעור ההריונות לאחר ההקפאה והפשרת הביציות, הינו עדיין נמוך משיעור ההצלחה המקובל בביצוע הפרייה חוץ גופית עם ביציות "טריות" או ביציות מופרות מוקפאות. היקף המידע באשר לבריאותם של הילדים אשר נולדו בעקבות השימוש בטכניקה זו, עדיין מועט בשל העובדה שטרם חלף מספיק זמן מאז נולדו ילדים אלה.

מן הראוי לציין כי שרידותן של הביציות המוקפאות לאורך תקופת הקפאתן, איננה ידועה. ישנם רמזים שתקופת הקפאה ממושכת (מעל שלוש שנים) עלולה לפגום באיכות הביצית הנשמרת בהקפאה. לעיתים רחוקות עלול להגרם כשל טכני בתהליך ההקפאה.

במסמך זה, את מביעה את הסכמתך להקפאת ביציות בלבד. אם וכאשר יוחלט על שימוש בביציות אלו, תוסברנה לך האפשרויות השונות בשנית, בהתאם לידע העדכני באותה עת, ותתבקשי לתת את הסכמתך להפשרת הביציות, ולשימוש בהן, במסמך נפרד.

חתימה על טופס זה אינה פוטרת את הצורך בחתימתך על הסכמה מדעת לביצוע פעולת שאיבת הביציות עצמה

פרטי המטופלת והסכמתה:

| | |
|-------------------|-----------|
| שם מלא | מספר ת.ז. |
| שנת לידה | מטלפון |
| מחצב משפחתי | |
| כתובת | |
| סיבת להקפאה | |
| סוג טיפול | |
| אבחנות ומחלות רקע | |

1. אני הח"מ מבקשת להקפיא ולשמור את ביציותיי ביחידה להפרייה חוץ גופית. לאחר שקיבלתי הסבר מהרופא/ה שם הרופא ולאחר שקראתי והבנתי את ההסבר שבטופס זה, אני נותנת בזאת את הסכמתי להקפאת ביציות שתשאבנה או שנשאבו מגופי, בשיטה של זיגוג (ויטריפיקציה) / וזאת לשם תהליך הפרייה חוץ גופית שיבוצע בעתיד על פי בקשתי.
2. ידוע לי והוסבר לי כי הביציות תשמרנה בהתאם למידע הטכנולוגי הקיים היום, ולטכנולוגיה הזמינה בבית החולים.
3. הוסבר לי ואני מבינה כי אין בטחון שההקפאה תצלית, או שהביציות תשרודנה את תהליך ההקפאה ו/או ההפשרה. כמו כן, הוסבר לי כי אין מידע לגבי עמידות הביציות לתקופה ארוכה ותתכן פגיעה בטיבן ובפעילותן של הביציות במהלך השנים. הוסברה לי האפשרות של כשל טכני בשמירת הביציות.
4. הוסבר לי ואני מבינה כי אחוזי ההצלחה, דהיינו שעור ההריונות לאחר ההקפאה והפשרת הביציות, הינם נמוכים משיעורי ההצלחה במקובלים כאשר נעשה שימוש בביציות "טריות" או בביציות מופרות מוקפאות. כן הוסבר לי כי למרות שעד היום לא נמצאה בשיעור המומים אצל הילודים שנולדו מביציות שהוקפאו בשיטה זו, היקף המידע באשר לבריאותם של הילדים אשר נולדו בעקבות השימוש בטכניקה זו, עדיין מועט בשל הזמן הקצר שחלף מאז נולדו.
5. בנוסף הובהר לי והבנתי שבעצם הקפאת הביציות, אין התחייבות או ערובה שאהרה או אלד כתוצאה מהפשרת ביציות אלו.

מחוייבים אישית לבריאות שלך

טופס הסכמה: הקפאת ביציות

6. לאחר שהוסבר לי תהליך ההקפאה, קראתי והבנתי את דברי ההסבר, ועל אף ידיעתי המפורשת כי הביציות עלולות לההרס ולהפגע, אני מבקש להקפיא את ביציותי ולשמרן ביחידה להפרייה חוץ גופית - על חשבוני, כל עוד לא נקבע אחרת.
7. אני מתחייבת למסור ליחידה להפרייה חוץ גופית, בה הקופאו הביציות שנמלו מגופי, את כתובתי הערכנית ומספר הטלפון בו ניתן ליצור עמי קשר. כמו כן, אני מתחייבת להודיע על כל שינוי בכתובתי ופרטי ההתקשרות עימי. ידוע לי והבנתי, כי כל הודעה מאת היחידה להפרייה חוץ גופית, תשלח למען ולפרטי ההתקשרות אותם מסרתי.
8. אני פוטרת את המדינה, משרד הבריאות, המרכז הרפואי, היחידה להפרייה חוץ גופית, ההנהלה, הצוות או כל גוף אחר מטעמו, מכל אחריות לכל נזק ישיר או עקיף שיגרם לביציות, עקם הרס הביציות או אי היכולת להשתמש בהן, או להרות, או כל תוצאה אחרת שנגרמה לגבי הוולד שיוולד, אם נולד, במידה והנזקים הנ"ל ארעו כתוצאה מהליך הקפאת הביציות או הפשרתן.
9. אני מאשרת בזאת כי הביציות תוקפאנה ותשמרנה ביחידה להפרייה חוץ גופית, לתקופה של עד 5 שנים. אני מבינה ומאשרת כי במידה ולא אודיע בכתב ומראש ליחידה על רצוני בהמשך השמירה לתקופה נוספת, עד 60 יום טרם חלוף תקופת 5 השנים האמורה, תהיה היחידה להפרייה חוץ גופית, רשאית, בכפוף לאישור ממשרד הבריאות, להפסיק ולשמור את הביציות עבורי, ולפעול בהתאם להוראות בסעיף 13 למסמך זה.
- אני מבינה ומאשרת כי עד 60 יום טרם חלוף כל תקופת שמירה נוספת (כל תקופה בת 5 שנים לכל היותר, כפי שסוכם ביני לבין יחידת ה-IVF) אהיה חייבת להודיע בכתב ומראש ליחידה להפרייה חוץ גופית, אם רצוני להמשיך ולשמור את הביציות המוקפאות לתקופה נוספת. במידה ולא אודיע בכתב על רצוני כאמור - תהיה היחידה להפרייה חוץ גופית רשאית, בכפוף לאישור ממשרד הבריאות, להפסיק ולשמור את הביציות עבורי ולפעול בהתאם להוראות שנקבעו בסעיף 13 למסמך זה.
- במקרה זה לא תהיה לי עוד יכולת להשתמש בביציות למטרות הפרייה עבורי.
- במידה ולא אודיע על רצוני בכתב כאמור, לא תהיה לי כל טענה או תביעה כלפי המדינה, משרד הבריאות, המרכז הרפואי, היחידה להפרייה חוץ גופית, ההנהלה, הצוות או כל גורם אחר מטעם מי מהם, בנוגע לאי שמירת הביציות או בנוגע לנוזקים שנגרמו לי כתוצאה מכך.
10. אני מבינה כי עלי לשלם במועד את הסכומים שידרשו ממני ע"י היחידה להפרייה חוץ גופית, בהתאם להסכם שיערך עימם. כמו כן, הוסבר לי והבנתי, כי במידה ולא אשלם במועד את הסכומים כאמור, תהיה היחידה להפרייה חוץ גופית רשאית, בכפוף לאישור ממשרד הבריאות, להפסיק ולשמור את הביציות עבורי ולפעול בהתאם להוראות שנקבעו בסעיף 13 למסמך זה בתוך 60 יום מיום שליחת התראה על כך מהיחידה להפרייה חוץ גופית לכתובת שמסגרת לי לפי סעיף 7 למסמך זה.
11. אני מבינה ומתחייבת בזאת כי הביציות המוקפאות תשמרנה אותי בלבד, ולא נועדו לשימושה של אישה אחרת או כל אדם אחר מלבדי, למעט במקרים שאסכים להם כמפורט בסעיף 13 למסמך זה.
12. הוסבר לי ואני מסכימה כי במידה ולא יבית עולמי ויוותרו ביציות בהקפאה - הן לא יעברו לחזקת או לשימוש מי מבני משפחתי, אלא ינהגו בהן כאילו תמה תקופת השמירה מבלי שהודעתי על רצוני בהמשך השמירה, כמפורט בסעיף 10 לעיל.
13. בתום תקופת השמירה, ובמידה שלא הודעתי על רצוני להמשיך ולשמור את הביציות לתקופה נוספת, אני מורה כי:

● הביציות יופשרו ● הביציות יועברו לשימוש למטרת מחקר שאושר כדיון (בשום מקרה לא ישמשו הביציות להולדת ילד/ים במסגרת מחקר)

ידוע לי כי בכל מקרה, נכון למצב החוקי היום, אלא אם יחול בו שינוי, לא יהיה ניתן לעשות שימוש בביציות שיוקפאו לצרכי הולדה אלא עד גיל 54. כמו כן, ידוע לי כי במידה וארצה לתרום חלק מביציותי שישאבו מגופי לשימושה של אישה אחרת למטרות הולדה, יהיה עלי לעמוד בכל התנאים שנקבעו ע"פ חוק תרומת הביציות.

אני מצהירה בזאת כי קראתי בעיון את טופס ההסכמה להליך הקפאת הביציות. הייתה לי הזדמנות לשאל שאלות אודות מידע זה. ניתנה לי גם הזדמנות להתייעץ ולברר אודות הקפאת ביציות.

חתימת וחתומת רופא מטפל:

ולראייה באתי על החתום:

שעת החתימה:

תאריך החתימה:

מקום החתימה:

מחוייבים אישית לבריאות שלך