

מדבקה גדולה

## תוספת לטופס הסכמה לנשים מעל גיל 45

אנו,

שם האישה:

שם משפחה

שם פרטי

ת.ז.

שם בן הזוג:

שם משפחה

שם פרטי

ת.ז.

מצהירים בזאת שבנוסף לטופס ההסכמה לטיפול הפריה חוץ גופית, שעליו קיבלנו הסבר על ידי הרופא המטפל וחתמנו בפניו בתאריך: \_\_\_\_\_, הוסבר לי / לנו והבנו את משמעות הטיפול בנשים מעל גיל 45.

הובהר לנו שהטיפול אינו כלול בסל הבריאות וכי כל עלות הטיפול לרבות בית החולים והתרופות תהיה במימון שלנו.

הובהר לנו והבנו שסיכויי ההצלחה של הטיפול בגיל הנדון הינם פחותים מאחוז אחד (ויובהר – משמעות הצלחת הטיפול קרי לידת ילד בריא).

הובהר לנו שככל שהאשה מבוגרת יותר קיים סיכון מוגבר להפלות, לידות מוקדמות והולדת ילדים עם מומים.

הובהר לנו שככל שהאשה מבוגרת יותר ייתכנו יותר סיכונים לאשה בעקבות הגירוי ההורמונלי במהלך הטיפול עצמו וכן במהלך ההריון.

לאחר דיון עם הרופא המטפל ולאחר שקיבלנו מענה לכל שאלותינו אנו מבקשים מיחידת הפרייה החוץ גופית של אסותא לבצע טיפול הפרייה.

תאריך

חתימת האישה

חתימת בן הזוג

שם הרופא/ה

חתימה

מספר רישיון