

מדבקה גדולה

טופס הסכמה לטיפולי הפריה חוץ גופית (IVF)

1. כללי:

הפריה חוץ גופית נעשית במקרים בהם קיים ליקוי בפוריות שסיבותיו האפשריות:

- חסימה או פגיעה בתפקוד החצוצרות
- הפרעות ביוץ
- ליקויים בזרע
- אי פוריות על רקע בלתי מוסבר
- הפרעות גנטיות
- כישלונות טיפולי אי פוריות קודמים אחרים
- סיבות אחרות

1.1 בסיס הטיפול:

גירוי הורמונאלי לצורך גיוס מספר זקיקים בשחלות.
שאיבת ביציות משחלות האישה והפריית הביציות בזירעוני בן הזוג או זרע תורם.
הביציות המופרות נשמרות באינקובאטור במשך 2 עד 6 יממות ולאחר מכן מוחזרות לרחם האישה.
במידה ונשארות ביציות מופרות עודפות המתאימות להקפאה, הן מוקפאות לאפשרות של שימוש עתידי.

1.2 סיכויי ההצלחה:

סיכויי הצלחת הטיפול משתנים ותלויים בגיל בני הזוג, במצב השחלות, בפתולוגיות הנלוות ברחם, בחצוצרות, בשחלות, או באגן, באיכות הזרע ובגורמים רפואיים נוספים. לא ניתן לחשב את הסיכוי המדויק להריון לכל מקרה, אלא את טווח הסיכויים. לא ניתן להבטיח או לדעת מראש שהפרייתן של ביציות האישה תצליח, וכי כתוצאה מכך ייוולד ילד.

הגורם החשוב ביותר המשפיע על הצלחת הטיפול הינו גיל האישה. ככל שגיל האישה עולה הסיכוי להריון תקין ובעקבותיו לידה של תינוק בריא יורדים (TAKE HOME HEALTHY BABY).

סיכויי ההצלחה הממוצעים להריון במחזור טיפולי אחד נעים בין 15 ל- 35 אחוז. שיעור ההריונות המסתיימים בלידות חי למחזור טיפולי אחד נעים בין 10 ל- 30 אחוז, בהתאם לגיל האישה, לגורם אי הפוריות או למצב הרפואי הכללי.

הריונות הנוצרים בעקבות טיפולי הפריה חוץ גופית כרוכים בעלייה קלה בשכיחות ההפלות והסיבוכים במהלך ההריון או הלידה.

בהפריה חוץ גופית תתכן עלייה קלה לעומת הריונות ספונטניים ללידה של ילד או ילדים במצב בריאותי, גופני או נפשי בלתי תקין. לרבות בעלי מום, בעלי נטיות תורשתיות או כל סטייה אחרת מהרגיל, המתגלים בשלב כל שהוא במהלך החיים. עדיין לא ברור אם סיכונים אלו נגרמים בעקבות השימוש בטכנולוגיות הרפואיות, או נובעים מבעיית אי הפוריות עצמה על מרכיבה השונים.

2. טיפול הורמונלי:

קיים קשר בין מספר הביציות המופרות המוחזרות לרחם לסיכויי ההצלחה. יחד עם זאת, החזרה של מספר עוברים מגדיל את הסיכון להריון מרובה עוברים על סיבוכים השונים.

לפיכך אחת ממטרות הטיפול הינה להשיג הפריה של מספר ביציות על מנת לבחור את אלו הנראות איכותיות יותר לצורך החזרה.

במחזור טבעי מבשיל על פי רוב זקיק בודד. השימוש בתרופות מאפשר גיוס של מספר זקיקים ומגדיל את הסיכוי לשאוב יותר ביציות. כך גדל הסיכוי להשיג יותר עוברים אשר מביניהם ניתן לבחור את הראויים ביותר להחזרה.

הפרוטוקול הטיפולי כולל שילובים של מספר תרופות ומותאם לתגובה השחלתית במהלך המעקב.

2.1 סיכויי הטיפול ההורמונלי:

מדבקה גדולה

הטיפול ההורמונלי גורם לעיתים לגירוי יתר שחלתי. גירוי היתר על פי רוב הוא קל ומתבטא בתפיחות הבטן, כאבי בטן, הגדלת שחלות ואף הצטברות קלה של נוזלים בבטן. התופעות חולפות כ-3-4 שבועות אחרי שאיבת הביציות. אם הושג הריון, התופעות עלולות להמשיך זמן רב יותר. כטיפול, מספיקה מנוחה ושתייה מרובה ולרוב לא נדרש אשפוז.

גירוי יתר בינוני או קשה נדירים יותר. גירוי בינוני כולל בנוסף לנ"ל גם בחילות, שלשולים וריכוז יתר של הדם.

בגירוי יתר קשה (3%-0.5%) קיים סיכון לתפליטים בריאות וכן לתסחיפים. סיבוכים נדירים נוספים כוללים אי ספיקת לב ו/או כליות. דווחו מקרים בודדים ונדירים של צורך בקטיעת גפיים ואף מוות.

סיכון נדיר נוסף הינו תסביב (שזור), קרע או דימום מהשחלה. סיבוך זה דורש התערבות כירורגית (פתיחת בטן או לפרוסקופיה) לשם התרת התסביב. לעיתים נדירות דווח אף על צורך בכריתת השחלות.

כמו כן, עלולות להתפתח ציסטות שחלתיות (זקיקים המתמלאים בנוזל) אשר יצריכו שאיבת תוכנם ו/או הפסקת הטיפול. לאחרונה הופיעו בספרות הרפואית דיווחים הבודקים את ההקשר של עליה בשכיחות סרטן השחלות, רירית הרחם והשד בעקבות טיפול הורמונלי בגורמי ביוץ. דיווחים אלו לא אושרו סופית ומוזכרים פה למען הזהירות.

מכיוון שהמידע עדיין מצטבר ומתעדכן באופן שוטף, מסקנותיו ייוודעו רק בעוד שנים. קיים תהליך מתמשך וקבוע של איסוף נתונים לגבי הסיכונים ותופעות הלוואי במהלך ובעקבות טיפולי פריון. יתכן והקשר, אם קיים, מובע גם מבעיית אי הפריון הראשונית.

במקרים בהם הטיפול יכלול דיכוי מוקדם של השחלות, עלולות להופיע תופעות לוואי הדומות לאלו של גיל המעבר. כדוגמת גלי חום, אי נוחות ביחסי מין, יובש בנרתיק והזעות לילה.

רגישות לתכשירים ההורמונליים קיימת אך נדירה. דיווח מוקדם למטפל על תופעות חריגות יקל באבחון ובטיפול מוקדם.

3. בדיקות מעבדה ואולטרסאונד:

לפני תחילת הטיפול, בנוסף לבדיקות המקובלות יש לבצע לשני בני הזוג בדיקות דם כלליות כולל נוגדני HIV, צהבת B ו-C. בדיקות ספציפיות נוספות בהתאם להיסטוריה הרפואית ולגיל.

מומלץ להשלים בדיקות לשלילת נשאות למחלות גנטיות.

במקרים של תרומת זרע או ביצית יש להשלים בדיקות גנטיות של בן/בת הזוג לפני בחירת התורם/תורמת.

האמצעים לניטור ומעקב אחרי התפתחות הזקיקים (הביציות) בשחלות הם בדיקות דם הורמונליות ואולטרסאונד וגינלי.

4. שאיבת הביציות והפרייתן:

שאיבת הביציות תבוצע על פי רוב בהרדמה מקומית או כללית. בדרך כלל הפעולה נעשית בגישה נרתיקית בהנחיית אולטרסאונד ולעיתים נדירות בגישה בטנית. במקרים נדירים ביותר נעשית הפעולה באמצעות לפרוסקופיה.

תהליך ההפריה מתרחש לאחר הדגרת הביצית עם הזרע בתנאי מעבדה מיוחדים במעבדה.

4.1 סיכויי שאיבת ביציות:

פעולת שאיבת הביציות כרוכה באי נוחות עד כאב, לאחריה תידרש מנוחה של מספר שעות. הסיכונים העיקריים הנובעים מהחדרת המחט לשחלה הינם זיהום ו/או דימום. זיהום באגן הינו נדיר וחולף בדרך כלל על ידי טיפול אנטיביוטי.

לעיתים נדרש ניתוח לניקוז מורסה או לכריתת חצוצרות או שחלות פגועות. זיהום מקטין את הסיכוי להריון. לעיתים נדירות עלול מצב זיהומי להסתבך עד כדי כריתת רחם. במקרים שבהם הדימום רב מהרגיל הוא עלול לחייב מתן דם, ביצוע פעולות כירורגיות לעצירת הדימום ובמקרים מאד נדירים כריתת שחלות ורחם. יתכן נזק אם כי נדיר למעי או לשלפוחית השתן.

דימום נרתיקי קל מתרחש כמעט בכל דיקור שחלתי.

דווח על מקרים נדירים של מוות בעקבות שאיבת ביציות.

5. מיקרומניפולציה:

מיקרומניפולציה הינה פעולה מעבדתית המתבצעת בביציות לאחר שאיבתן או בביציות מופרות על מנת להשיג את המטרות הבאות:

מדבקה גדולה

ICSI 5.1

הפעולה מתבצעת במקרים בהם איכות הזרע נמוכה ואינה מאפשרת הפריה רגילה, וכן במקרים בהם בעבר לא היו הפירות כלל או שהיה בהן אחוז הפריה נמוך, או שההפריה הייתה לקויה. הטכניקה מכונה ICSI (Intracytoplasmic Sperm Injection) ובה מוזרק זירעון בודד לתוך הביצית. באשר ל- ICSI יתכן שהטכניקה מעלה במעט את ההסתברות להפרעה גנטית. גברים עם מיעוט זירעונים קיצוני ואיכות זרע גרועה, עלולים להעביר תכונה זו בתורשה לבניהם.

5.2 הגברת סיכויי ההנצה (Assisted Hatching)

בטכניקה זאת נעשה טיפול במעטפת הביצית המופרית לשיפור ההשרשה. השיטה נועדה לפתוח "חלון" או לדקק את מעטפת הביצית המופרית בשיטות מכניות, כימיות או בקרן לייזר.

5.3 דגימת תאים עובריים לצורך PGD – אבחון גנטי טרום השרשה - סיכויי שימוש בטכניקת ICSI:

ישנם דיווחים על עלייה קלה בשכיחות המומים או הבעיות הרפואיות במהלך החיים. גם כאן עדיין לא ברור אם סיכונים אלו נגרמים בעקבות השימוש בטכנולוגיות הרפואיות, או נובעים מבעיית אי הפוריות עצמה על מרכיביה השונים.

6. אינקובציה:

הביציות המופרות נשמרות 2-6 יממות באינקובאטור במעבדה במטרה לשמור על תנאי התפתחות אופטימליים.

7. החזרת הביצית המופרית

7.1 החזרה ישירות לרחם (E.T- Embryo Transfer)

הביציות המופרות מוטענות לצינורית פלסטית ומוחזרות לחלל הרחם דרך צוואר הרחם כעבור 2-3 ימים ממועד ההפריה, או החזרת בלסטוציסט ביום 5 או 6 לאחר ההפריה. הפעולה נעשית על פי רוב ללא הרדמה.

7.2 סיכויי החזרת הביציות המופרות (קדם עובריים):

החזרת הביציות המופרות לרחם הינה פעולה קלה יחסית הנעשית בדרך כלל ללא הרדמה. לעיתים תעלת צוואר הרחם מפותלת או מוצרת, בחלק ממצבים אלו יש לבצע הרחבה של הצוואר הכרוכה בכאב קל. החזרת ביציות מופרות לחלל הרחם, נושאת סיכון קל לדלקת אגנית ובמקרים נדירים ניקוב דופן הרחם.

7.3 במקרים מיוחדים ניתן לבצע החזרת ביציות מופרות לחצוצרה:

פעולה זאת נעשית בהרדמה כללית בשיטת הלפרוסקופיה. מכיוון שבלפרוסקופיה מוחדר גז CO₂ לחלל הבטן, צפוי כאב כתפיים ובטן מיד לאחר הפעולה ומספר שעות לאחריה. הסיכון האפשרי בלפרוסקופיה, בנוסף לסיכויי ההרדמה (סעיף 9 להלן), הינו פגיעה באיברי הבטן הפנימיים כגון: במעיים, בשלפוחית השתן ובכלי דם, שיצריכו לעיתים פתיחת הבטן לצורך פעולות כירורגיות מתקנות. דווח על מקרים נדירים של מוות בלפרוסקופיה.

8. סיכויי ההריון וריבוי עובריים:

כל הריון של יותר מעובר אחד נחשב כהריון מרובה עובריים. שיעור ריבוי העוברים בטיפול הפרייה קשור למספר הביציות המופרות המוחזרות לרחם. במקרה של החזרת יותר מביצית מופרית אחת ניתן להגיע לכ- 25%. בהריון של שלישיה או יותר, או במקרים מיוחדים של הריונות תאומים, מקובל להציע דילול עובריים. הסיכונים האפשריים בפעולה זו הם: הפלה מיידיית או הפלה מאוחרת בכ- 5% מהמקרים, דלקת אגנית על כל סיכונה (ראה סעיף 4 לעיל) ולידה מוקדמת.

הריון מרובה עוברים הינו הריון בסיכון גבוה הכרוך בסיבוכים לאם ולעובר כגון: הפלה מוקדמת או מאוחרת, ירידת מים מוקדמת, המצריכה הפסקת הריון או לידת פגים. סיכויי הפגות כוללים בין היתר, אשפוז ממושך, פגיעות מוטוריות, פגיעות שכליות ועצביות, נכות לצמיתות. כמו כן, יש עלייה בתחלואה הריונית של האם כגון: סוכרת הריונית, יתר לחץ

מדבקה גדולה

דם הריוני ודימומים במהלך ההריון ואחרי הלידה.

הריון מרחבה עוברים מעלה את הסיכון לפגיעות נירולוגיות בילודים (בהריון תאומים פי 5 מאשר בהריון של עובר אחד). הריון שלישיה כרוך בסיכון גבוה מאוד ללידה מוקדמת (כ- 75%), סיכון לפגיעה נירולוגית התפתחותית ארוכת טווח בשיעור של 35% מהילודים. כמו כן קיים סיכון מוגדל לשיתוק מוחין בהשוואה להריון יחיד.

בהריון מרחבה עוברים, גבוה שיעור הלידות בניתוחים קיסריים. ככל שמספר העוברים גדול יותר התופעה שכיחה יותר. כמו כן, יש לציין

שבטיפול הפריה קיים סיכון מוגבר של הריונות חוץ רחמיים עד כ- 4%, במקרים בהם ההריון אינו נספג מעצמו, יש צורך בהתערבות כירורגית ולעיתים כריתת חצוצרה, כדי למנוע נזק גופני או סכנת חיים לאישה.

9. סיכוני הרדמה:

הרדמה הינה פעולה בטוחה יחסית, אך יש בה סיכונים.

סיכוני הרדמה כללית כוללים נזק לשיניים ו/או למיתרי הקול במקרה של החדרת צינור לקנה הנשימה, תופעות אלרגיות בדרגות שונות לחומרי הרדמה ובמקרים נדירים ביותר מוות. לכן, דיווח מראש על רגישות לחומרים או בעיות וקשיים במהלך הרדמות קודמות הינו חיוני. בהרדמה כללית יש סכנה של שאיפת תוכן קיבה (אספירציה). צום של 6 שעות לפחות מקטין את הסיכון לאספירציה.

הסיכונים בהרדמה כללית עולים בנשים עם עודף משקל ובמעשנות. הסיכונים בהרדמה מקומית הם תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. הסיכונים בהרדמה אפידורלית הם תגובה אלרגית ופגיעה עצבית בפלג גוף תחתון.

10. הקפאה:

תהליך זה מבוצע רק כאשר נוצרות ביציות מופרות עודפות המתאימות להקפאה. לא כל ביצית מופרית מתאימה להקפאה. השימוש בביציות המופרות המוקפאות יעשה בהתאם להחלטת הזוג: לשימוש בטיפולים נוספים, לצורך פונדקאות, או אישור לביצוע מחקר.

לעיתים יש צורך בשמירת הביציות המופרות לצורך החזרתן במועד מאוחר יותר בשל מצב רפואי של האישה במועד השאיבה, המונע החזרת ביציות מופרות טריות. לשם הקפאה משתמשים במקפא ממוחשב או בשיטת הזיגוג. הביציות המופרות נשמרות בהקפאה בטמפרטורה של מינוס 196 מעלות צלסיוס (-196°C), בתוך מבחנות או קשיות.

בהוראת משרד הבריאות ניתן לשמור עוברים בהקפאה למשך 5 שנים. לאחר 5 שנים, על בני הזוג להורות לבית החולים על המשך ההקפאה. המשך ההקפאה ל- 5 שנים נוספות יתבצע רק לאחר שנתקבלה בקשה בכתב להארכת תקופת ההקפאה, חתומה בידי האישה שמגופה ניטלה הביצית ובן זוגה, מאושרת בחתימת ידו של הרופא האחראי. על מנת לאפשר את המשך הקשר עם בני הזוג, מוטלת עליהם האחריות לעדכן בכל מקרה של שינוי הכתובת.

10.1 הקפאת ביציות:

כיום ניתן לשאוב משחלות האישה ביציות ולהקפיאן עוד בטרם הופרו בתאי זרע. בעקבות השימוש בטכניקה זו נולדו עד כה בעולם מאות ילדים. למרות זאת, עדיין אין ביטחון כי כל הקפאה תצליח וכי בכל מקרה תתקבלנה לאחר ההפשרה ביציות ראויות להפריה. המידע באשר לבריאותם של הילדים שנולדו בעקבות השימוש בטכניקה חדשה זאת, עדיין מועט ונמצא בבדיקה מתמדת. בדומה למקובל ולקבוע בתקנות ביחס להקפאת ביציות מופרות, גם ביציות בלתי מופרות תוקפאנה לתקופה של 5 שנים, אותה ניתן להאריך ב- 5 שנים נוספות. לאחר תקופה זאת ניתן יהיה להאריך את תקופת השמירה לזמן נוסף, על-פי בקשה בכתב של המטופלת ובהתאם לידע הרפואי שיהיה קיים באותה עת.

החזרת ביציות מופרות מוקפאות - מופשרות, מחייב חתימה על הסכמה עדכנית של שני בני הזוג.

10.2 טכניקת הקפאת ביציות באמצעות זיגוג (ויטרפיקציה):

זיגוג ביציות הינו תהליך הקפאה מהיר ביותר המביא את תא הביצית שטרם הופרה למצב צבירה זגוגי בטמפרטורות נמוכות (-196°C), תוך מניעת יצירת והצטברות גבישי קרח בתוך התא. גם הפשרת הביציות שעברו זיגוג נעשית בקצב מהיר, לאחר הפשרתן ניתן לבצע את הליך ההפריה.

יתרונות השיטה: היתרון הגדול של זיגוג ביציות על פני תהליך הקפאה איטית הוא שיעור הישרדות גבוה של הביציות, וסיכוי גבוה יותר ליצור עוברים חיוניים לאחר תהליך ההפשרה.

בשיטה זאת דווח על שיעורי הישרדות גבוהים (80% - 95%) של ביציות שהופרו לאחר שעברו זיגוג ועל הריונות ולידות שהסתיימו בהצלחה כתוצאה מהליך זה. במידע הקיים היום, לא נמצאה עליה בשיעור המומים אצל ילודים שנולדו מביציות שהוקפאו בשיטה זאת.

מדבקה גדולה

10.3 סיכויים וסיכונים של ההקפאה:

לאחר הקפאת ביציות מופרות המוערכות כמתאימות להקפאה והפשרה, תהליך ההישרדות של הביציות המופרות לאחר ההפשרה מצליח בכ- 70%-80% מהמקרים. שיעור ההריונות כתוצאה מהחזרת ביציות מופרות מוקפאות לאחר הפשרה נמוך מהחזרת ביציות מופרות טריות. בעקבות שיפור בטכניקות ההקפאה הפער בין אחוזי ההצלחה קטן.

הניסיון שהצטבר עד כה אינו מעיד על סיכון יתר לילודים שנולדו לאחר תהליך של הקפאת עובריים.

11. הבשלה חוץ גופית של ביציות (IVM - In Vitro Maturation):

בנשים שבהן מסיבות רפואיות לא ניתן לבצע טפול הורמונלי, או בנשים עם חשש לתגובה של גירוי יתר שחלתי כגון תסמונת השחלות הפוליציסטיות, ניתן לשאוב ביציות ללא גירוי הורמונלי כלל, או לאחר גירוי הורמונלי במינון נמוך. במקרים אלו הביציות המתקבלות הן ברובן בלתי בשלות ויש להבשילן במעבדה (הבשלה חוץ גופית), לפני יכולתן להיות מופרות. אחוזי ההצלחה בשיטה זו נמוכים יותר מהפריה חוץ גופית רגילה. השיטה להבשלת ביציות במעבדה (IVM) יחסית חדשה, אף שהילדים שנולדו בעקבות שימוש בשיטה זו נבדקו ונמצאו בריאים עדיין אין ביטחון שהשיטה אינה יכולה לגרום במקרים מסוימים לשינויים מולדים בצאצאים.

12. אבחון גנטי טרום השרשה (PGD - Pre-implantation Genetic Diagnosis):

אבחון גנטי טרום היריון מאפשר בדיקה גנטית של הביציות המופרות טרום החזרתה לרחם. באופן כזה ניתן להחזיר לרחם ביציות מופרות אשר אינה פגועה גנטית באותן בדיקות שבוצעו בה. שיטת האבחון מתבססת על דגימה של תא אחד בלבד מהביציות המופרות, בדרך כלל ביום השלישי להתפתחות כאשר הביציות המופרות מכילה בין 6 ל-8 תאים. פעולה זו אינה פוגעת ביכולת ההתפתחות וההשרשה של העובר כיוון שבשלב זה לכל אחד מהתאים יש אפשרות להתמין לכל הכיוונים האפשריים. הסיכוי לגרימת נזק לעובר עקב בצוע הביופסיה הוא פחות מ- 0.5%. בדרך כלל נבדקות מספר ביציות מופרות להגדלת האפשרות של החזרת ביציות מופרות ללא פגיעה גנטית.

12.1 סיכונים הכרוכים באבחון גנטי טרום השרשה:

קיימת אפשרות כי תהליך נטילת התאים הבודדים מהביציות המופרות לא יצלח בגלל איכות הביציות או בגלל קושי בדגימה. כמו כן, ישנם מצבים שבבדיקת התא לא ימצא חומר גנטי ולכן לא ניתן לקבוע האם הביציות המופרות הינה תקינה מבחינה גנטית. נתון זה יילקח בחשבון בעת הדיון על החזרת הביציות המופרות. כמו כן, ישנם מקרים שהביציות המופרות לא תמשיך להתפתח מעבר למספר תאים (עם או ללא קשר לתהליך הביופסיה) ולכן סיכוייה להשתרש ולהשיג הריון - נמוכים מאוד. במקרים כאלה לא תוחזרנה הביציות המופרות לרחם.

מהימנות הבדיקה הגנטית הטרום הריונית גבוהה (מעל 95%). אך כמו בכל בדיקת מעבדה, קיימת אפשרות להחזרה לרחם של ביציות מופרות אשר לכאורה הינה תקינה אך למעשה פגועה גנטית. אי לכך, ולאור העובדה שאבחון גנטי טרום השרשה עדיין נחשב בעולם כשיטה חדשנית יש לנקוט בהתאם להמלצות של פורומים בינלאומיים, המתנים את ביצוע אבחון טרום השרשה בכך שאם יושג הריון כתוצאה מהטיפול - יש לבצע אבחון טרום לידתי בעובר בשיטות השגרתיות: על ידי דגימת סיסיו שליה בשבוע 10 - 12 עם סיכון של 1% להפלה או על ידי דיקור מי שפיר בשבוע 16-20 עם סיכון של 0.5% להפלה. על מנת לדעת בוודאות מוחלטת שהביציות המופרות שהוחזרו אכן אינן לוקות במחלה הנבדקת.

13. כשל טכני:

הפריה חוץ גופית כוללת סדרה של פעילויות ניתוחיות, עבודה מעבדתית ושימוש בטכנולוגיות מיקרוסקופיות, הכרוכות בהפעלת מכשור מורכב. הצלחת הפעולה כולה קשורה בתפקוד תקין של מערכת שלמה. לעיתים, אף אם רחוקות, עלולה ההפרייה להיכשל ברמה הטכנית, בתחום שאיבת הביציות, הפרייתן, החזרתן לרחם, הקפאתן, אחזקתן מוקפאות או הפשרתן.

14. הפסקת הטיפול כולו או במהלכו:

במקרים מסוימים, יבוטל מחזור הטיפול בשל חוסר תגובה מתאימה לטיפול, חשש לביצוע מוקדם או בעיה רפואית המתעוררת במהלך הטיפול.

לעיתים בשל בעיה כל שהיא המונעת החזרת ביציות מופרות טריות כגון גירוי יתר שעלול לסכן את האישה, לא תבוצע החזרת ביציות מופרות טריות לאחר השאיבה והן תוקפאנה לצורך שימוש עתידי במועד מתאים.

הצהרה על קבלת הסבר וחתימה על הסכמה לטיפול

מדבקה גדולה

אני/אנו הח"מ: _____ שם האישה ת.ז. _____ (להלן: "האישה")

שם בן הזוג ת.ז. _____ (להלן: "בן הזוג")

מזהירה/ים ומאשרת/ים בזאת כי ניתן לי/נו הסבר בעל פה מד"ר _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____

על תהליכי הטיפול של הפריה חוץ גופית (להלן: "הטיפול").

קראתי/נו בעיון את טופס ההסבר וההסכמה לרבות ההסברים המפורטים בשלבים השונים, כולל תופעות הלוואי והסיכונים האפשריים הכרוכים בטיפול. כמו כן, קיבלתי/נו בעל פה מהרופא המטפל, הסברים מפורטים על פרטים שלא היו לי/לנו ברורים וניתן מענה לכל שאלותיי/נו.

בזאת אני/אנו מסכימה/ים לביצוע כל הפעולות הכירורגיות והמעבדתיות שתידרשנה על מנת להגדיל את סיכויי ההצלחה בכל אחד משלבי הטיפול. הנני/ו מצהירים בזאת שהוסבר לי/לנו והבנתי/נו כי בכל אחד משלבי הטיפול אפשריים סיכונים ואני/אנו מוכנים ליטול סיכונים אלו על עצמי/נו.

אני/אנו נותנת/ים את הסכמתי/נו המלאה מרצוני/נו החופשי לצוות ההפריה החוץ גופית ב: _____ שם המוסד

לרופאים, האחיות, אנשי המעבדה, העוזרים וכל צוות תכנית ההפריה החוץ גופית, לבצע את כל תהליכי הטיפול המפורטים לעיל, בהתאם לשיקול דעתם, ועל פי הנהלים וההוראות של המוסד, האחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

הוסבר לי/לנו והבנתי/נו שיתכן וההתחייבות של הביטוח הרפואי שלי/שלנו לא תכסה במלואה את עלות כל הטיפולים להם אדדק/קנזדקק וכי במקרה הצורך אצטרך/נצטרך להשלים בעצמי/נו את העלויות הנדרשות.

אני/אנו מודעת/ים לכך שיש לי/לנו הזכות לפרוש מתוכנית הטיפול בכל זמן, אולם משאחליט/משנחליט על כך יהיה זה על אחריותי/נו המלאה.

אני/אנו מצהירה/מצהירים שהובהר לי/נו כי מחובתנו ליידע בכתב את צוות היחידה להפריה חוץ גופית ב: _____

• על כל שינוי שחל במצב בריאותי/נו מאז הטיפול הקודם.

• על כל שינוי בסטטוס הזוגיות שלי/שלנו.

• על כל שינוי בכתובת ליצירת קשר השונה מזאת שנמסרה למחלקה.

אני הח"מ מודעת/לכך שייטכן שבמועד שחרורי, הרופא אשר ינתח אותי, לא יהיה נוכח בבית החולים. במקרה זה, אני נותנת/הסכמתי לכך שרופא אחר מטעמו יבצע הליך השחרור שלי.

חתימות: האישה: _____ הגבר: _____

תאריך: _____

אני מאשרת/כי הסברתי בעל פה לאישה / לבני הזוג* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש. כמו כן ניתנו תשובות מלאות לשאלותיהם/ו וכי היא/הם חתמה/ו בפני על הסכמה לאחר ששוכנעתי כי הבינה/ו את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה _____ חתימה _____ מספר רישיון _____

*מחקי את המיותר