

מדבקה גדולה

טופס הסכמה להקפאת ביציות

עפ"י תקנות בריאות העם (הפריה חוץ-גופית) התשמ"ז - 1987

הקדמה

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 תצליח, וכי בכל מקרה תתקבלנה לאחר ההפשרה ביציות ברות חיות (ויאבילות) היכולות לעבור הליך הפריה. ידוע כי אחוזי ההצלחה, דהיינו שיעור ההריונות לאחר ההקפאה והפשרת הביציות, הינו עדיין נמוך משיעור ההצלחה המקובל בביצוע הפריה 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 שרירותן של הביציות המוקפאות לאורך תקופת הקפאתן איננה ידועה. ישנם רמזים שתקופת הקפאה ממושכת (מעל שלוש שנים) עלולה לפגום באיכות הביציות הנשמרת בהקפאה. לעיתים רחוקות עלול להיגרם 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:

תאריך: _____

מספר ת.ז.: _____

שם: _____

שנת לידה: _____

כתובת: _____

טלפון: _____

סיבה להקפאה: (1) רפואי – סיבה: _____

(2) חברתי – סיבה: _____

סוג טיפול: _____

אבחנות ומחלות רקע: _____

1. אני הח"מ מבקשת להקפיא ולשמור את ביציותיי ביחידה להפריה חוץ-גופית.

לאחר שקיבלתי הסבר מד"ר _____ 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 הפריה 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 תצליח, או שהביציות כולן או חלקן תשרודנה את תהליך ההקפאה ו/או ההפשרה. כמו כן הוסבר לי כי אין מידע לגבי עמידות הביציות לתקופה ארוכה ותתכן פגיעה בטיבן ויכולת ההישרדות של הביציות במהלך השנים. הוסברה לי האפשרות של כשל טכני בשמירת הביציות.

4. הוסבר לי ואני מבינה כי אחוזי ההצלחה, דהיינו שיעור ההריונות לאחר ההקפאה והפשרת הביציות, הינם נמוכים משיעורי ההצלחה המקובלים כאשר נעשה שימוש בביציות "טריות" או בביציות מופרות מוקפאות. כן הוסבר לי כי למרות שעד היום לא נמצאה עליה 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.

מדבקה גדולה

5. בנוסף הובהר לי והבנתי שבעצם הקפאת הביציות אין התחייבות או ערובה שאהרה או אלא כתוצאה מהפשרת ביציות אלו.
6. לאחר שהוסבר לי תהליך ההקפאה, קראתי והבנתי את דברי ההסבר ועל אף ידיעתי המפורשת כי הביציות עלולות להיהרס ולהיפגע, אני מבקשת להקפיא את ביציותי ולשמרן ביחידה להפריה חוץ-גופית על חשבוני, כל עוד לא נקבע אחרת.

7. אני מתחייבת למסור ליחידה להפריה חוץ-גופית בה הוקפאו הביציות שנטלו מגופי את כתובתי העדכנית ומספר הטלפון בו ניתן ליצור עימי קשר. כמו כן אני מתחייבת להודיע על כל שינוי בכתובתי ובפרטי ההתקשרות עימי. ידוע לי והבנתי כי כל הודעה מאת היחידה להפריה חוץ-גופית תשלח למען ולפרטי ההתקשרות אותם מסרתי.

8. אני פוטר את המדינה, משרד הבריאות, המרכז הרפואי, היחידה להפריה חוץ-גופית, ההנהלה, הצוות או כל גוף אחר מטעמו, מכל אחריות לכל נזק ישיר או עקיף שיגרם לביציות, עקב הרס הביציות או אי היכולת להשתמש בהן או להרות או כל תוצאה אחרת שנגרמה לגבי הוולד שיוולד, אם נולד, במידה והנזקים הנ"ל אירעו כתוצאה מהליך הקפאת הביציות או הפשרתן.

9. אני מאשרת בזאת כי הביציות תוקפאנה ותשמרנה ביחידה להפריה חוץ-גופית לתקופה של עד 10 שנים.

אני מבינה ומאשרת כי עד 60 יום טרם חלוף כל תקופת שמירה נוספת (כל תקופה בת 10 שנים לכל היותר, כפי שסוכם ביני לבין יחידת ה- IVF), אהיה חייבת להודיע בכתב ומראש ליחידה להפריה חוץ-גופית אם רצוני להמשיך ולשמור את הביציות המוקפאות לתקופה נוספת. במידה ולא אודיע בכתב על רצוני כאמור, תהיה היחידה להפריה חוץ-גופית רשאית, בכפוף לאישור משרד הבריאות, להפסיק ולשמור את הביציות עבורי ולפעול בהתאם להוראות שנקבעו בסעיף 13 למסמך זה.

במקרה זה לא תהיה לי עוד יכולת להשתמש בביציות למטרות הפריה עבורי. במידה ולא אודיע על רצוני בכתב כאמור, לא תהיה לי כל טענה או תביעה כלפי המדינה, משרד הבריאות, המרכז הרפואי, היחידה להפריה חוץ-גופית, ההנהלה, הצוות או כל גורם אחר מטעם מי מהם, בנוגע לאי שמירת הביציות או בנוגע לנזקים שנגרמו לי כתוצאה מכך.

10. אני מבינה כי עלי לשלם במועד את הסכומים שידרשו ממני על ידי היחידה להפריה חוץ-גופית בהתאם להסכם שייערך עימם. כמו כן, הוסבר לי והבנתי כי במידה ולא אשלם במועד את הסכומים כאמור, תהיה היחידה להפריה חוץ-גופית רשאית, בכפוף לאישור משרד הבריאות, להפסיק ולשמור את הביציות עבורי ולפעול בהתאם להוראות שנקבעו בסעיף 13 למסמך זה, בתוך 60 יום מיום שליחת התראה על כך מהיחידה להפריה חוץ-גופית לכתובת שמסרתי לפי סעיף 7 במסמך 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 ואלך לבית 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 (נא לסמן):

☐ הביציות יופשרו

☐ הביציות יועברו לשימוש למטרת מחקר שאושר כדין (בשום מקרה לא יישמשו 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 על פי חוק תרומת ביציות.

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

ולראייה באתי על החתום:

שם האישה: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

מספר רישיון

חתימה

שם הרופא/ה