המקום פנוי עבור שם וסמל המוסד הרפואי

ט' OBGYN/OALL/V26.1/0150/ ינואר 2000

טופס הסכמה: הזרעה מלאכותית מזרע בן הזוג
(ARTIFICIAL INSEMINATION - COUPLE)
اِستمارة موافقة: التلقيح الاصطناعيّ بمَنْيِ الزوج

يوصى بإجراء تلقيح اصطناعيّ بمَنْيِ الزوج للزوجة في حالات العاهات الخاصّة بالخصوبة الناتجة عن جودة أو كميّة متدنية للمَنْي (ماء الرجُل)، عمل عُنق الرحم بشكل غير سليم، عندما لا يكون سبب عدم الخصوبة معروفًا أو لأسباب أخرى حسَب الحالة.

ولغرض إجراء التلقيح تخضع عمليّة قَذْف المَنْي لدى الزوج لإجراء تحضيريّ مختبريّ في بيئة مُعقّمة. حيث يتمّ عزل خلايا السائل المنويّ (داخل محلول معقّم) من خلال تلقّي مَزيج مُعلّق من نُطَف (ماء الرجُل) مَرْويّة جاهزة للتلقيح.

يتمّ حَقْن الرحم بالمَزيج المُعلّق عن طريق قِثْطار مُعقّم من خلال فتحة الرحم، داخل عُنق الرحم أو داخل الرحم. الاحتمالات المعروفة لنجاح العلاج متعلقة بأسباب عاهات الخصوبة وهي نحو 15% لدورة علاجيّة واحدة.

اِسم المرأة/שם האשה: _____ اِسم العائلة/ שם משפחה _____ الاسم الشّخصيُّ/ שם פרטי _____ اِسم الأب/ שם האב _____ رَقْم الهُوِيَّة/ ת. ז.

اِسم الزوج/שם הבעל: _____ اِسم العائلة/ שם משפחה _____ الاسم الشّخصيُّ/ שם פרטי _____ اِسم الأب/ שם האב _____ رَقْم الهُوِيَّة/ ת. ז.

نُصرّح ونُقرّ بهذا بأنّنا نعيش كزوجيْن متزوجيْن / نعيش كزوجيْن وغير متزوجيْن بآخرين.

نصرّح ونُقرّ بهذا بأنّنا تلقّينا شرحًا شفهيًّا مفصّلاً من الدُّكتور/ة _____ اِسم العائلة/ שם משפחה _____ الاسم الشّخصيُّ/ שם פרטי

عن التلقيح بمَنْيِ الزوج، الفحوصات والعلاجات المتعلقة بذلك، طريقة القيام به واحتمالات نجاحه (في ما يلي: "العلاج").

وُضّحت لنا العوارض الجانبية المحتملة، بما في ذلك: آلام البطن الطفيفة والنزيف الخفيف التي تأخذ بالانخفاض، عادة، خلال بضع ساعات بعد التلقيح. وقد وُضّح لنا كذلك التعقيد المحتمل المتعلق بالالتهاب في الأعضاء التناسلية الداخلية، الذي قد يكون مصحوبًا، أحيانًا، بالألم و/أو بالحرارة المرتفعة فيستدعي الخضوع للعلاج في المستشفى، وسيتسبّب، في حالات نادرة، إلى انغلاق القناتيْن بين الرحم والمبيض.

وُضّح لنا أنه ليس هناك أيّ ضمان لأن تحبل المرأة نتيجة لعملية التلقيح، أو لأن تلد المرأة نتيجة لعملية التلقيح. كما أن هناك إمكانية لحدوث تعقيدات عندَ حدوث الحمْل والولادة، وإنه من المحتمل إنجاب ولد/أولاد في حالة صحية، جسدية أو نفسية، غير سليمة، أو يعاني/ون عاهة، أو غير طبيعيّ/ين، وكذلك ذي/ذوي ميول وراثية أو أيّ انحراف آخر عن العاديّ والطبيعيّ، مثلما أن الأمر من الممكن أن يحدث في الحمْل الطبيعيّ.

نُعطي بهذا موافقتنا على إجراء العلاج.

نحن على علم، كما أنّنا نوافق على أن يقوم بالعلاج مَن سيُلقى عليه القيام بذلك، حسَب الأنظمة والتعليمات. كما أنّه لم يُضمن لنا أن يُجريها كلّها أو أن يُجري قسمًا منها شخص معيَّن، بشرط أن تُجرى بالمسؤوليَّة المُتَّبعة كما يقضي القانون.

التَّاريخ/ תאריך _____ توقيع المرأة/ חתימת האשה _____ توقيع الزوج/ חתימת הבעל _____

أقرُّ بهذا بأنّني شرحت شفهيًّا للزوجيْن كلّ ما ورد أعلاه بالتَّفصيل المطلوب، وبأنّهما وقَّعا على موافقة أمامي، بعد أن اقتنعت بأنَّهما فهما شروحي كاملةً.

اِسم الطَّبيب/ة/ שם הרופא/ה _____ توقيع الطَّبيب/ة/ חתימת הרופא/ה _____ رَقْم الرُّخصة/ מס' רשיון _____

ההסתדרות הרפואית בישראל
האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה

החברה לניהול סיכונים ברפואה