



טופס הסכמה: הזרעה תוך רחמית מזרע הבעל ו/או תורם

Intra Uterine Insemination

הזרעה תוך רחמית מתבצעת במקרים של ליקויי פוריות הנובעים מאיכות ירודה של זרע, נוגדנים נגד זרע בריר צוואר הרחם, או כאשר הסיבה לליקוי הפוריות אינה ידועה. לצורך הזרעה תוך רחמית מתקבלת אצל אישה נשואה זירמה מהבעל בלבד או ערוב של תאי זרע מהבעל ומתורם או מתורם בלבד. תאי הזרע מבודדים לתוך תמיסה מיוחדת כך שמתקבל תרחיף זרעונים שטופים, המוכנים להזרעה. הזרעה מתורם תבוצע כזרע מוקפא בלבד, שנתקבל מבנק זרע מוכר על ידי משרד הבריאות. תרחיף הזרעונים מוזרק לחלל הרחם באמצעות קטטר חד פעמי סטרילי דרך תעלת צוואר הרחם. הסיכויים הידועים להצלחת הטיפול תלויים בגורמים לליקוי הפוריות והם עד 15% למחזור טיפולי אחד.

שם האישה: _____ *נשואה / פנויה

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.

שם הבעל: _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

שם פרטי **שם משפחה**

על הזרעה תוך רחמית, הבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך (להלן: "הטיפול העיקרי"), אופן ביצועו, סיכויי הצלחתו והאלטרנטיבות הטיפוליות. הוסברו לי/נו תופעות הלוואי האפשריות, לרבות כאבי בטן קלים ודימום קל, שהולכים ופוחתים בדר"כ תוך מספר שעות לאחר ההזרעה. הוסבר לי/נו הסיבוך האפשרי של זיהום באיברי המין הפנימיים, שלעיתים ילווה בכאב ו/או חום גבוה ויצריך אשפוז ובמקרים נדירים יגרום לסתימת החצוצרות. הוסבר לי/נו כי שימוש בזרע מוקפא, למרות כל הבדיקות הנערכות בו, אין בו כדי למנוע העברת מחלות באופן מוחלט. הוסבר לי/נו כי אין בהזרעה תוך רחמית ערובה שהאישה תהרה, או שכתוצאה מההזרעה היא תלד. כמו כן, קיימת אפשרות של סיבוכים בעת ההיריון והלידה וכן תיתכן לידה של ילד/ים במצב בריאות פיזי או נפשי לא תקין, או בעלי מום, או בלתי נורמליים וכן בעלי נטיות תורשתיות או כל סטייה אחרת מהרגיל, כפי שהדבר עלול לקרות בהריון טבעי. אני/נו מסכימה/ים כי התורם או התורמים של הזרע בו ייעשה שימוש בהזרעת האישה או הזרע עצמו ייבחר על ידי הרופא ולפי שיקול דעתו הבלעדי ולא אהיה/נהיה רשאים/ים לדעת את זהותו של האדם, שבזרעו נעשה שימוש בהזרעת האישה, או את סגולותיו, או כל פרט אחר הקשור בו או במשפחתו. אני/נו נותנת/ים בזאת את הסכמתנו לביצוע הטיפול העיקרי. אני/נו יודעת/ים ומסכימה/ים לכך, שהטיפול ייעשה בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי/לנו שיעשו, כולם או חלקם, ביד אדם מסויים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק. אני/נו מוותרת/ים בזה בשמי/בשמו בשם יורשינו, עזבונו/נו ונציגינו החוקיים ובשם כל מי שיבוא במקומי/נו, על כל טענה או תביעה מסוג כלשהוא בכל הקשור או נובע מהבדיקות והטיפולים שיעשו לשם ביצוע ההזרעה המלאכותית, מן ההזרעה עצמה, מבחירת הזרע והתורם או סגולותיו האישיות, התורשתיות, הרוחניות, הגופניות,



ארץ מוצאו או העדה עימה הוא נמנה וכן לגבי הילד שיוולד, אם יוולד, מינו, מראהו החיצוני, אופיו, סגולותיו או מצב בריאותו.
אני/נו מסכימה/ים ומצהירה/ים, כי הילד שיוולד כתוצאה מההזרעה המלאכותית יישא את שמי/נו וייחשב כבני/נו בתי/נו לכל דבר ועניין, לרבות לעניין מזונות וירושה.

תאריך	שעה	חתימת האישה	חתימת הבעל (במקרה של אישה נשואה)
--------------	------------	--------------------	---

שם האפוטרופוס (קירבה למטופל)	חתימת האפוטרופוס (במקרה של פסול דין, קטין או חולה נפש)
-------------------------------------	---

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לאישה/ לבני הזוג את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא/הם חתמה/ו על הסכמה בפניי לאחר ששוכנעתי כי הבין/ה את הסברי במלואם.

שם הרופא/ה (חותמת)	חתימת הרופא/ה	תאריך ושעה
---------------------------	----------------------	-------------------