

Додаток 29
до Порядку застосування
допоміжних репродуктивних
технологій в Україні
(пункт 12.6 розділу XII)

ЗАЯВА батьків/опікунів
на застосування забору та кріоконсервацію сперми, ооцитів, оваріальної
тканини чи біологічного матеріалу, отриманого з яєчка або його
придатка у дитини, з метою збереження фертильності дитини

Я (ми), жінка _____,
(прізвище, ім'я, по батькові, дата народження)

паспорт: серія _____, № _____, виданий _____,
чоловік _____,
(прізвище, ім'я, по батькові, дата народження)

паспорт: серія _____, № _____, виданий _____,
що перебувають у зареєстрованому/незареєстрованому шлюбі, свідоцтво про
реєстрацію шлюбу № _____, видане _____,

місце проживання: _____,
дом. тел.: _____, моб. тел. жінки: _____,

моб. тел. чоловіка: _____, e-mail чоловіка/жінки: _____,

№ свідоцтва про визнання особи опікуном _____

за добровільною згодою прошу (просимо) надати медичну допомогу із
застосуванням методів забору сперми/ооцитів/оваріальної тканини/
біологічного матеріалу, отриманого з яєчка або його придатків у дитини,
(далі матеріалу) з метою збереження фертильності моєї (нашої) дитини

_____ (прізвище, ім'я, по-
батькові), _____ (№ свідоцтва про народження / паспорт)
_____ років, _____ (дата народження), з приводу лікування _____

_____ (діагноз, стадія захворювання, № довідки).

Я (ми) попереджена/і про те, що забір матеріалу може мати ускладнення, викликані виконанням процедури (кровотеча, запалення, травма суміжних органів та інші) та застосуванням лікарських засобів, що впливають на функцію яєчників (синдром гіперстимуляції яєчників, формування ретенційних кист яєчника, алергічні реакції та інші побічні ефекти лікарських засобів, передбачені їхнім виробником).

Мені (нам) роз'яснили порядок проведення забору матеріалу, який проводитиметься:

до початку хіміотерапії / променевої терапії / хірургічного лікування
після хірургічного лікування онкологічної патології
після проведеної хіміотерапії

(необхідне підкреслити або вставити)

і мені (нам) відомо, що проведення забору матеріалу може нести потенційний ризик прогресування чи рецидиву захворювання. Мені (нам) відомо, що діагноз та стадія захворювання до хірургічного втручання та після нього можуть різнитися, що є особливістю онкологічного захворювання та його діагностики.

Я (ми) свідомо і добровільно погоджуюся (погоджуємося) провести кріоконсервацію і зберігання (необхідне підкреслити):

сперми;

ооцитів;

оваріальної тканини;

біологічного матеріалу, отриманого з яєчка або його придатка,
на термін до «_____» _____ 20____ року.

Я (ми) попереджений (попереджені), що біологічний матеріал після кріоконсервації може стати непридатним для використання, а настання вагітності при використанні розмороженого біологічного матеріалу не гарантовано.

Я (ми) попереджений (попереджені), що зберігання заморожених сперми, ооцитів, оваріальної тканини, біологічного матеріалу, отриманого з яєчка або його придатка, здійснюється в стандартних резервуарах. Я (ми) поінформований (поінформовані) про необхідність програми ДРТ при використанні кріоконсервованої сперми, ооцитів, оваріальної тканини, біологічного матеріалу, отриманого з яєчка або його придатка.

Я (ми) підтверджую (підтверджуємо), що уважно прочитав (прочитали) і зрозумів (зрозуміла) всю інформацію про процедуру, надану мені медичними працівниками закладу охорони здоров'я

(найменування ЗОЗ)

про мету, методи надання медичної допомоги, пов'язані з ними ризики, можливі варіанти медичного втручання та його наслідки, про їх можливі результати; я (ми) мав (мали) можливість обговорити з лікарем усі питання, які цікавлять або незрозумілі мені (нас) в цій галузі. На всі поставлені питання я (ми) отримав (отримали) відповіді, які мене (нас) задовольнили. Моє (наше) рішення є вільним і являє собою інформовану добровільну згоду на проведення цієї процедури.

Я (ми) попереджений (попереджені), що для продовження терміну зберігання кріоконсервованого біологічного матеріалу необхідно поновити оформлення терміну зберігання. У разі зміни обставин я (ми) маю (маємо)

письмово повідомити про зміни умов або термінів зберігання заморожених матеріалів.

Після закінчення визначеного терміну зберігання кріоматеріалів зберігання їх буде припинено незалежно від причин. Я (ми) згоден (згодні), що після закінчення визначеного терміну зберігання працівники закладу охорони здоров'я _____

(найменування ЗОЗ)

мають право кріоматеріали утилізувати.

Кріоконсервований біологічний матеріал належить моїй дитині _____ (прізвище, ім'я, по-батькові) і може бути використаний ним/нею по досягненні повноліття у порядку згідно до чинного законодавства.

Жінка _____
(прізвище, ініціали)

(підпис)

Чоловік _____
(прізвище, ініціали)

(підпис)

Заяву завірено:

Керівник закладу охорони здоров'я _____
(прізвище, ініціали)

(підпис)

«__» _____ 20__ року