

הוועדה לאישור הסכמים לנשיאת עוברים הצהרת רופא מומחה ביילוד וגניקולוגיה

סעיף 5 (א) (2) לחוק הסכמים קובע כי תנאי לאישור הסכם לנשיאת עוברים הוא כי לא קיים חשש לפגיעה בבריאות האם הנושאת או בשלום הילד שיוולד.

1. אני הח"מ _____ מס' רישיון _____ מס' רישיון מומחה _____
 2. גב' _____ המועמדת כאם נושאת להורים המיועדים _____
נבדקה על ידי והצהירה בפני כי יש לה _____ ילדים, עברה _____ הריונות, עברה _____ לידות.
עברה _____ הפלות טבעיות.
עברה _____ הפלות יזומות.
עברה _____ ניתוחים קיסריים.
עברה _____ ניתוחים אחרים (כולל ניתוחים פלסטיים). אם כן נא פרט _____
עברה _____ הריונות חוץ רחמיים.
- נמצאת כיום או הייתה בעבר באשפוז / טיפול פסיכיאטרי: כן / לא
- נוטלת תרופות באופן קבוע: כן / לא. אם כן נא פרט _____
- הימצאות סרטן שד או שחלה במשפחה: כן / לא. אם כן נא פרט _____
- אושפזה במחלקה להריון בסיכון: כן / לא - לצרף תיעוד
- הייתה במעקב עקב הריון בסיכון גבוה: כן / לא - לצרף תיעוד
- אם כן, לפרט באיזה הריון, סיבה ומשך זמן _____
3. הבהרתי והסברתי לה מהן ההשלכות והמשמעויות של הטיפול הרפואי אותו היא עומדת לעבור, על פי הרשום מטה, לרבות: מוות, עקרות וסיבוכים בזמן הלידה ואחריה העלולים לגרום לנזק או לנכות קבועה.
 - א. הוסברו לאם הנושאת סיכויי ההריון - בהתייחס לגיל האם המיועדת: כן / לא רלוונטי.
 - ב. הוסברו לאם הנושאת סיכויי ההריון - בהתייחס לאופן שאיבת הביציות באמצעות גירוי או במחזור טבעי: כן / לא רלוונטי.
 - ג. הוסברו לאם הנושאת סיכויי ההריון בהתייחס למספר העוברים המוקפאים הקיימים: כן / לא רלוונטי.
 - ד. הוסבר לאם הנושאת הצורך בתרומת ביצית והסיכוי להריון בהליך זה: כן / לא רלוונטי
 - ה. הוסברו לאם הנושאת קיומן של מחלות של ההורים המיועדים שלהם עלולה להיות השפעה על בריאותה (למשל הפטיטיס B ו-C): כן / לא רלוונטי.
 - ו. הוסבר הליך PGD, משמעותו והשלכותיו על משך התהליך וסיכויי ההצלחה: כן / לא רלוונטי
 - ז. הוסבר לאם הנושאת הטיפול התרופתי וההורמונלי ותופעות הלוואי: כן / לא

עמוד - 1 - מתוך 2

הוועדה לאישור הסכמים לנשיאת עוברים

- ח. הוסברו לאם הנושאת תהליך הלידה ובדיקות המעקב שיעשו במהלך ההריון: כן / לא.
ט. הוסבר לאם הנושאת הסיכון בהריון מרובה עוברים, ואפשרות דילול עוברים: כן / לא.
י. הוסברו לאם הבדיקות הבאות: מי שפיר, סיסי שליה, שקיפות עורפית, בדיקת מערכות אולטראסוניות: כן / לא.
לא.
הוסברו לאם הנושאת אירועים העלולים לקרות במהלך התהליך כמו: הפלה, לידה מוקדמת, הריון חוץ רחמי, ניתוח קיסרי: כן / לא

אני המועמדת לאם נושאת הח"מ מאשרת כי קבלתי הסבר והבינתי את התהליך הרפואי משמעותו והשלכותיו.

תאריך	שם האם הנושאת	ת.ז.	חתימה
אני בעלה/בן זוגה של המועמדת לאם נושאת מאשר כי קבלתי הסבר והבינתי את התהליך הרפואי, משמעותו והשלכותיו.			

תאריך	שם הבעל/בן הזוג	ת.ז.	חתימה

אישור הרופא

למיטב ידיעתי הנ"ל הבינה/ו את הסבריי המתייחסים ספציפית להורים המיועדים
שמות ההורים המיועדים

המועמדת לאם נושאת נמצאה על ידי מתאימה מבחינה רפואית לתהליך נשיאת עוברים.

תאריך: _____ שם הרופא: _____ חתימת הרופא: _____