

הועדה לאישור הסכמים לנשיאת עוברים

טופס מס' 8

הצהרת רופא מומחה ביילוד וגיניקולוגיה

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 _____

מאשר כי גב' _____ המועמדת כאם נושאת להורים המיועדים _____
נבדקה על ידי והצהירה בפני כי יש לה _____ ילדים וכי עברה _____ לידות.

עברה _____ הפלות טבעיות.

עברה _____ הפלות יזומות .

עברה _____ ניתוחים קיסריים.

עברה _____ ניתוחים אחרים אם כן נא פרט _____

עברה או נמצאת באשפוז /טיפול פסיכיאטרי : כן/ לא

נוטלת תרופות באופן קבוע : כן/לא. במידה וכן פרט התרופות _____.

הימצאות סרטן שד או שחלה במשפחה כן/לא

2. 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.

(נא סמן V ליד הנושאים שהוסברו):

[] תהליך ההפריה והחזרת עוברים, סיכויי ההתעברות בהתייחס לגיל האם המיועדת, סיכונים בתהליך, משך התהליך באם שאיבת הביציות של האם המיועדת תעשה במחזור טבעי.

[] הסבר על הטיפול התרופתי וההורמונלי ותופעות הלוואי.

[] הלידה ובדיקות המעקב שיעשו במהלך ההריון.

[] הסיכון להריון מרובה עוברים, דילול עוברים.

[] בדיקות: מי שפיר, סיסי שליה, שקיפות עורפית, בדיקת מערכות אולטרסוניות.

[] מצבים חריגים: הפלה, לידה מוקדמת, הריון חוץ רחמי, ניתוח קיסרי.

[] עוברים מוקפאים – סיכויי הצלחת התהליך.

[] הליך תרומת ביצית ומשך זמן ההמתנה לגביו, צורך ב-PGD.

[] מחלות או מצבים של ההורים המיועדים שעלולה להיות להם השפעה על בריאות האם הנושאת (למשל, הפטיטיס B, C).

3. למיטב ידיעתי הנ"ל הבינה את הסבריי **המתייחסים ספציפית להורים המיועדים**, ונמצאה על ידי מתאימה לתהליך נשיאת עוברים.

חתימת האם הנושאת

חתימת הרופא/ה

תאריך

כתובת המשרד: רח' רבקה 29, ירושלים, קומה ג'
מען למכתבים: ת"ד 1176, ירושלים, מיקוד 91010
מס' טלפון: 02-5681275/460 פקס: 02-5681466