

חוזר מס': 46/2011

ירושלים, ה' כסלו, תשע"ב
1 דצמבר, 2011

תיק מס': 4/1/14 א'

אל: מנהלי בתי החולים הכלליים
מנהלי האגפים הרפואיים – קופות החולים
מנהלי יחידות IVF

הנדון: תרומת ביציות

1. כללי:

ביום 13 בדצמבר 2010 נכנס לתוקפו חוק תרומת ביציות התש"ע - 2010 (להלן – "החוק"). מטרת החוק המוצע להסדיר תרומת ביציות למטרת הולדה, לנשים בנות 18-54 שאינן יכולות להתעבר מביציותיהן. התרומות יכולות להיות נשים המצויות בעצמן בטיפול הפריה אך גם תורמות מתנדבות בנות 21-35 שאינן נמצאות בטיפול הפריה, כאמור. בנוסף, מטפל החוק בהיבטים שונים הקשורים לתרומה- תנאי כשירות בסיסיים של התורמת והנתרמת, קבלת הסכמה מדעת של התורמת, הגבלת מספר הפעמים שניתן לתרום לשלוש בלבד, עקרון "אנונימיות" התרומה, הקמת ועדת אישורים לתרומה, קביעת מנגנון של ועדת חריגים לחוק והקמת מאגר המידע במשרד הבריאות ומרשם הילודים בבית המשפט.

2. מטרה:

פירוט העקרונות, התנאים והכללים הנוגעים להליכי אישור בקשות לתרומת ביציות וביצוע הפרייה באמצעות תהליך זה.

3. הכרה ביחידת IVF כ"מחלקה מוכרת" לצורך ביצוע תרומת ביציות:

כל יחידת IVF המוכרת על ידי משרד הבריאות מחוייבת לספק שירות זה בנגישות וזמינות ראויים לכל הפונים ולמען הסר ספק – זאת כחלק מתנאי הרשיון של היחידות.

3.1 מנהל יחידת IVF יפנה אל מנהל האגף לרישום מוסדות ומכשירים רפואיים לצורך קבלת

אישור להכרה ביחידה זו כ"מחלקה מוכרת" לצורך ביצוע תרומת ביציות.

3.2. על מנהל היחידה להצהיר כי היחידה אותה הוא מנהל הינה יחידה מוכרת ע"י משרד הבריאות וכי פעילות היחידה מתבצעת בהתאם לנוהלי משרד הבריאות. כמו כן על מנהל היחידה להתחייב כי יפעל בנושא תרומת ביציות בהתאם לחוק, לתקנות ולנהלים שנקבעו ע"י משרד הבריאות.

3.3. בכל יחידה יהיה "נאמן מאגר מידע" אשר יוכל להעביר ולקבל את המידע הנדרש באמצעות כרטיס חכם ממאגר המידע הממוחשב במשרד הבריאות.

4. שלבי הליך תרומת ביציות:

4.1. פניית נתרמת:

- 1) רופא מטפל יודיע למטופלת, אשר בשל בעיה רפואית קיימת הצדקה לשימוש בביציות של אישה אחרת, על אפשרותה להגיש בקשה לקבלת תרומת ביציות.
- 2) פניה של הנתרמת לרופא האחראי ביחידת ה IVF בבקשה לקבלת תרומת ביציות תעשה באמצעות "טופס בקשה לקבלת תרומת ביציות (לנתרמת)". לטופס יצורפו חוות דעת רפואית מרופא נשים ורופא משפחה. מצורף כטופס מס' 1.
- 3) הנתרמת/הנתרמת ובן זוגה יחתמו על "טופס הסכמה להכללת פרטיהם האישיים במאגר המידע ומרשם הילודים". מצורף כטופס מס' 2.
- 4) במידה והנתרמת מעוניינת לקבל תרומה מתורמת נשואה או שאינה בת דתה או תרומה מאישה המוכרת לה, יפנו הרופא האחראי או הנתרמת לקבלת אישור מוועדת חריגים באמצעות "טופס פנייה לוועדת חריגים", מצורף כטופס מס' 4. את הפניה יש להעביר אל ועדת האישורים בבית החולים לצורך בדיקה האם אכן מדובר בפנייה המצדיקה טיפול ועדת חריגים. במידה ומצאה ועדת האישורים כי הפנייה צריכה להיות מטופלת ע"י ועדת החריגים, ועדת האישורים תעביר לוועדת החריגים את הפניה בצירוף כל המסמכים הרלוונטיים, לרבות הטפסים הנדרשים והמסמכים הרפואיים הן של הנתרמת והן של התורמת המיועדת (במידה וישנה תורמת מיועדת).
- 5) כל פנייה של נתרמת לקבלת תרומת ביציות מחייבת עדכון הפרטים האישיים של הנתרמת/הנתרמת ובן זוגה והסכמה חרשה להכללת הפרטים האישיים במאגר המידע ומרשם הילודים.
- 6) הרופא האחראי יעביר את פרטי הנתרמת, כמפורט להלן, למאגר המידע במשרד הבריאות לאחר שווידא כי מולאו תנאי הסף לקבלת תרומת ביציות עפ"י החוק.

להלן הפרטים:

- א. פרטים אישיים של הנתרמת/הנתרמת ובן זוגה;
- ב. קיומו של טופס הסכמה חתום להכללת הפרטים האישיים של הנתרמת/הנתרמת ובן זוגה במאגר.
- ג. הסכמת הנתרמת/הנתרמת ובן זוגה לקבלת תרומה באחד מהמקרים הדורשים אישור ועדת חריגים.
- ד. במידה והנתרמת ובן זוגה אינם נשואים- קיומו של הסכם בין בני זוג להפריה חוץ גופית, אשר עקרונותיו כדלהלן:
 - (1) הגבר מצהיר כי הוא מעוניין כי האשה המסוימת תופרה בזרעו וכי הוא מודע לכך כי חובותיו כלפי הילוד אינן תלויות בתקפו של ההסכם שבינו לבין המטופלת ותחולנה עליו בכל מקרה, כהורה ביולוגי.
 - (2) בהסכם תהיה התייחסות לשאלה, האם ניתנת לגבר האפשרות לחזור בו, ואם כן באיזה שלב (ובלבד שאין המדובר בשלב המאוחר מהפריית הביציות המופרות).
 - (3) בהסכם תהיה התייחסות לשאלה, מה ייעשה בחומר הגנטי המשותף, במקרה של חזרת אחד הצדדים מן ההסכם, או מות אחד הצדדים להסכם. תוקפו של כל הסדר שייקבע יהיה כפוף לכל דין.
 - (4) על האם להצהיר כי אין היא "אם נושאת" במשמע חוק ההסכמים לנשיאת עוברים (אישור הסכם ומעמד הילוד), תשנ"ז – 1996.
 - (5) על שני הצדדים להצהיר כי ההסכם לא נעשה כנגד תמורה כספית או אחרת, לגבר או לאשה, וכי הם נכנסים אליו מרצונם החופשי.
 - (6) שני הצדדים מצהירים כי אין הם נשואים לבני זוג אחרים.

4.2 פניית תורמת:

- (1) שאיבת ותרומת ביציות יבוצעו למטרת הולדת ילד בלבד;
- (2) אישור לתורמת מתנדבת לתרום ביציות יינתן ע"י ועדת האישורים, שהוקמה בכל בית חולים העוסק באישור תרומת ביציות;
- (3) בטרם פנייה לוועדה, הרופא האחראי ביחידת IVF יחתים את התורמת על "טופס הסכמה לתורמת ביציות לביצוע שאיבת ביציות ותרומתן". הטופס כולל הסבר על תהליך תרומת הביציות, הטיפול, ההכנה, השאיבה, הסיבוכים והסיכונים הכרוכים בו. בחלק השני של הטופס התורמת מאשרת בחתימתה שהיא מסכימה כי פרטיה האישיים יכללו במאגר המידע ומרשם הילודים. מצורף כטופס מס' 3;

(4) הרופא האחראי יעביר את פרטי התורמת למאגר המידע במשרד הבריאות לאחר שווידא כי מולאו תנאי הסף לביצוע תרומת ביציות עפ"י החוק והם: גיל התורמת, אזרחותה, מצבה הרפואי והסכמתה להכללת פרטיה האישיים במאגר המידע ובמרשם היילודים.

(5) הרופא המטפל יפנה אל האחראי על מאגר המידע במשרד הבריאות לצורך בדיקת הפרטים הבאים:

א. לא בוצעו בתורמת המתנדבת, עד למועד ביצוע השאיבה, יותר משתי פעולות של שאיבת ביציות לשם השתלתן.

ב. חלפו 180 ימים לפחות מהמועד האחרון שבו בוצעה בתורמת פעולה של שאיבת ביציות כאמור;

(6) לאחר קבלת האישור ממאגר המידע, יפנה הרופא המטפל את התורמת לביצוע בדיקות רפואיות כנדרש ואבחון פסיכולוגי להתאמתה לתרומה.

(7) טרם מתן תרומת ביציות, תיבדק תורמת הביציות, בדיקות רפואיות כמפורט להלן:

א. בדיקה גופנית:

1. אנמנזה;

2. תיאור חיצוני;

3. בדיקה גופנית, כולל בדיקת שד ע"י כירורג;

4. בדיקה גניקולוגית.

ב. חוות דעת פסיכולוגית.

ג. בדיקות מעבדה כמפורט להלן:

1. סוג דם ו-RH;

2. סוכר;

3. HbsAg;

4. HCV Ab;

5. HIV ;

6. X שביר;

7. בדיקת PAP.

(8) הרופא האחראי/המטפל ידאג לתאם מועד לוועדת האישורים.

(9) במידה וניתן אישור יעדכן הרופא המטפל את מאגר המידע על קבלת אישור ועדת האישורים לתורמת כולל תאריך קבלת האישור.

(10) לאחר שניתן אישור ועדת האישורים יכול הרופא האחראי לפנות שוב אל מאגר המידע במשרד הבריאות לצורך בדיקת התאמה בין תורמת לבין מספר נתרמות פוטנציאליות.

במאגר המידע יבדקו הנתונים הבאים:

- א. התורמת היא בת דתה של הנתרמת.
- ב. הנתרמת אינה קרובת משפחה.
- ג. התורמת אינה קרובת משפחתו של מי שמיועד להיות האב הגנטי של היילוד.
- ד. התורמת אינה נשואה.

(11) במקרה שנדרשת תרומת זרע אנונימית - יעשה שימוש בזרע של תורם שאינו יהודי/מחולל.

(12) לאחר קבלת אישור ועדת האישורים ואישור ממאגר המידע במשרד הבריאות יכול הרופא המטפל לבצע את שאיבת הביציות לאחר שוידא כי הפעולה של שאיבת ביציות אינה כרוכה בסיכונים לתורמת המתנדבת, החורגים מהסיכונים הרגילים הכרוכים בפעולה מסוג זה.

(13) יש לוודא כי הביציות המיועדות להשתלה נשאבו מתרומת אחת, בפעולה אחת של שאיבת ביציות, ותוקצנה לשלוש נשים לכל היותר, על אף שכאמור, ניתן להקצות את הביציות לעד שלוש נשים בפעולת שאיבה אחת, על הרופא המטפל / האחראי להביא בחשבון בקבלת ההחלטה על חלוקת הביציות את טובת האישה הנתרמת וסיכויי הצלחת הטיפול.

(14) תורמת תוכל לחזור בה מהסכמתה להשתלת ביציות מגופה למטרת השתלה בנתרמת עד לשלב הפריית הביציות, ומהסכמתה להקצאת ביציות למחקר או להשמדה עד לביצוע אותה פעולה. במקרה שחזרה בה תורמת מהסכמתה לתרומת ביציות לצורך השתלתן כאמור, לא תהיה התורמת זכאית לקבלת פיצוי כספי, אלא על פי האמור בסעיף 10.2.5 להלן.

(15) לאחר שאיבת הביציות ימלאו הרופא והתורמת בחתימתם את "טופס יעוד הביציות" מצורף כטופס 3 א. הרופא המטפל יערכן את מאגר המידע על תאריך שאיבת הביציות, מספר הביציות שנשאבו ומספר הביציות שהוקצו לכל ייעוד לפי הוראת התורמת: השתלה, מחקר, הקפאה או השמדה.

(16) לאחר הפריית הביציות והשתלתן בנתרמת, במידה ויישאר ביציות מופרות עודפות להקפאה, יש להחתים את הנתרמת / בני הזוג על הטפסים הרגילים של הקפאת ביציות מופרות.

(17) על הרופא האחראי ועל הרופא המטפל לתעד את פעולותיהם ברשומה הרפואית של התורמת לרבות:

- א. מספר הביציות שנשאבו מהתורמת.

- ב. מספר הביציות שהוקצו לכל אחת מהפעולות המנויות בסעיף 14.
- ג. כתבי ההסכמה של התורמת יצורפו לרשומה הרפואית.

(18) במידה ותורמת חזרה בה מהסכמתה לתרומה או ביקשה לשנות את ייעוד הביציות שנשאבו, יעדכן הרופא המטפל את מאגר המידע במשרד הבריאות על כך.

(19) רופא אחראי/מטפל לא יגלו לתורמת מידע המזהה את הנתרמת ולא יגלו לנתרמת מידע המזהה את התורמת (להוציא מקרים בהם מדובר בתרמה מיועדת). ואולם הרופא האחראי/המטפל רשאים למסור לנתרמת מידע שאינו מזהה על התורמת, אם סברו כי קיימים טעמים המצדיקים לעשות כן.

5. ועדת האישורים:

5.1 הרכב הוועדה:

5.1.1 רופא מומחה שהוא מנהל יחידה או מחלקה בבית חולים שאינה עוסקת בילוד, גניקולוגיה או בהפריה חוץ גופית – יו"ר.

5.1.2 רופא מומחה בילוד וגניקולוגיה, בעל ניסיון בתחום ההפריה חוץ גופית שאינו הרופא המטפל.

5.1.3 פסיכולוג קליני.

5.1.4 עובד סוציאלי.

5.1.5 עורך דין.

5.1.6 נציג ציבור, או איש דת. לבקשת התורמת מי שישב בדיון בעניינה יהיה בן אותה קבוצה דתית, חברתית או תרבותית שהתורמת משתייכת אליה.

5.1.7 מרכזת הוועדה תהיה אחות.

5.2 תפקיד הוועדה: לאשר שאיבת ביציות מתורמת מתנדבת לשם השתלתן.

5.3. התנאים לאישור הוועדה:

- 5.3.1. הוועדה תאשר תרומת ביציות לאחר ששוכנעה כי הסכמת התורמת ניתנה בדעה צלולה, מתוך רצון חופשי, ושלא מתוך לחץ משפחתי, חברתי, כלכלי או אחר.
- 5.3.2. הסכמתה ניתנה שלא כנגד תמורה כספית או כל תמורה אחרת, במישרין או בעקיפין, מהנתרמת או מי מטעמה.
- 5.3.3. התורמת חתמה בפני ועדת האישורים על טופס הסכמה הכולל כתב הסבר ואת הסכמתה לשאיבת הביציות לשם השתלתן. ועדת האישורים תדון בבקשה לפחות שלושה ימים לאחר מועד הגשתה.
- 5.3.4. החלטת ועדת האישורים תהיה מנומקת ובכתב, תימסר לתורמת שהגישה את הבקשה, אלא אם סברה הוועדה, מטעמים שירשמו, כי טובת התורמת מחייבת שלא לעשות כן.
- 5.3.5. אישור ועדת האישורים יהיה תקף לשנה.

6. מרשם היילודים:

- 6.1. הודעות שיש למסור לאחראי על מרשם היילודים בבית המשפט:
- 6.2. הודעה על השגת הריון של נרתמת או של אם נושאת עפ"י חוק ההסכמים כתוצאה מהשתלת ביציות שנשאבו מגופה של תורמת. ההודעה תכלול את הבאים:
 - א. פרטיה האישיים של התורמת.
 - ב. פרטיה האישיים של הנתרמת או האם הנושאת.
 - ג. באותם מקרים בהם נדרשת תרומת זרע- יש להשתמש בתרומת זרע של לא יהודי/מחול – במקרים אלה לא נדרש להעביר את פרטי תורם הזרע.
 - ד. נתרמה ביצית מתורמת שאינה בת דתה של הנתרמת – תצוין גם עובדה זו.
 - ה. לא נולד ילד לנתרמת או לאם נושאת, ימסור הרופא המטפל או הרופא האחראי הודעה על כך למרשם היילודים והרשם ימחק את הפרטים הנוגעים להשתלה האמורה מהמרשם.
- 6.3. הודעה למרשם היילודים על לידת ילד לנתרמת או קבלת ילוד מיועד למשמורת לפי חוק ההסכמים תכלול את הבאים:
 - א. שמו הפרטי, שם המשפחה ומספר הזהות של היילוד.
 - ב. פרטיהם האישיים של הנתרמת ושל האב הגנטי של היילוד ככל שאינו תורם זרע.

הודעה למרשם היילודים לפי סעיף זה תימסר ע"י הרופא המטפל בהמשך למסירת המידע הנדרש ע"י הנתרמת כמפורט בטופס 2, טופס הסכמה לנתרמת / לנתרמת ובן זוגה להכללת פרטיהם במאגר המידע ובמרשם היילודים.

7. דיווח למשרד הבריאות:

בית חולים שפועלת בו מחלקה מוכרת ידווח למנהל, אחת לשנה, על ייעוד להקצאת ביציות למטרת מחקר. בדיווח יפורטו:

- (1) מספר הנשים שנתנו את הסכמתן להקצאת ביציות למחקר.
- (2) מספר הביציות שיועדו למחקר.
- (3) מספר הביציות שהוקצו למחקר.
- (4) פרטים נוספים שידרוש המנהל.

8. ועדת החריגים תדווח למנהל, אחת לשנה, על החלטותיה לאשר או לדחות בקשה לשאיבה, הקצאה או השתלה של ביציות. בדיווח יצוינו, בין השאר, סוגי הבקשות שהוגשו, בלא פרטים מזהים, סוגי האישורים שנתנה הוועדה והנימוקים להחלטותיה. מצ"ב טפסי הסכמה לביצוע ההליך.

9. תיעוד:

כל הרשומות והאישורים הרפואיים המוזכרים בחוזר זה יתועדו ויישמרו בהתאם לחוק.

10. מימון:

המימון מורכב משלושה חלקים:

10.1 מימון הפעולה הרפואית יבוצע ע"פ תעריפי משה"ב ותעריפי ההסכמים בין הגופים השונים ובאחריות ביטוחית של קופות החולים כחלק מסל השירותים שבתוספת השנייה לחוק ביטוח בריאות ממלכתי. יצוין, בהקשר זה, כי על פי פסיקת ביה"ד הארצי לעבודה - אחריות הקופה למימון טיפולי פוריות למבוטחיה, לשם הבאת ילד לעולם עקב בעיות פוריות, משתרעת על מלוא השלבים הטיפולים, ללא תלות בשאלה אם הטיפולים מתבצעים בגופם של המבוטחים, או באמצעות טיפול המתבצע בגופם של אחרים - ובלבד שהמטרה היא לסייע בהבאת ילד לעולם למבוטח, כאשר הדבר נדרש מטעמי בעיות פוריות.

כאשר התרומה ניתנת על ידי תורמת שזוהתה ידועה לנתרמת, עבור אותה נתרמת - תחול עלות הטיפולים על הקופה בה חברה הנתרמת.

כאשר התרומה ניתנת על ידי תורמת באופן אנונימי - תחול עלות הטיפולים על קופת החולים בה חברה המטופלת, שלה מייעד ביה"ח את הביציות המופרות (כ"החזרה טרייה"); אם בפועל, בוצעה "החזרה טרייה" למספר מטופלות שכל אחת מהן חברה בקופ"ח אחרת - יחולק התשלום בין קופות החולים השונות, באופן יחסי (ללא תלות במספר העוברים ה"טריים" שהוחזרו לכל מטופלת).

אחריות קופ"ח למימון שלב א' (טיפול הורמונלי) ושלב ב' (שאיבה והחזרה) חלה גם במקום שמסיבה זאת או אחרת, הטיפול לא הסתיים בשאיבת ביציות מגופה של התורמת.

בסוף שנת 2012 יאספו הנתונים על כמות המחזוריים וההוצאה של הקופות בשירות זה.

10.2. תשלום אגרת הנתרמת:

- 10.2.1. בעד אישור רופא אחראי להשתלת ביציות בגופה תשלם נתרמת אגרה בסכום של 10,000 שקלים חדשים לבית החולים אשר מטעמו קיבלה את האישור כאמור.
- 10.2.2. האגרה תשולם לאחר שנקבע מועד לביצוע הטיפול הרפואי להשתלת הביציות בגופה של הנתרמת ולפני ביצוע ההשתלה.

10.3. פיצוי לתורמת:

- 10.2.1. ההחזר הכספי לתורמת מתנדבת בעד הוצאות נסיעה יהיה אחיד לכלל התורמות בסכום של 1,000 שקלים חדשים
- 10.2.2. הפיצוי הכספי הכללי לתורמת מתנדבת בשל פעולת שאיבת ביציות שבוצעה בה למטרת השתלה יהיה אחיד לכלל התורמות בסכום של 9,000 שקלים חדשים.
- 10.2.3. הפיצוי יינתן על ידי בית החולים בו בוצעה פעולת שאיבת הביציות.
- 10.2.4. תורמת מטופלת תהיה זכאית למחצית התשלום וההחזר שניתן לתורמת מתנדבת.
- 10.2.5. הופסק הליך התרומה לאחר תחילת הטיפול הורמונאלי, בנסיבות שאינן בשליטת התורמת, תפוצה התורמת בסכום חלקי ע"פ קווים מנחים שיופצו בהמשך על ידי מינהל הרפואה.

10.4. מימון כלל הסידורים המנהליים הכרוכים בביצוע ההליך לרבות בדיקת פסיכולוג, עו"ס, וועדת האישורים המוסדית, באחריות בית החולים בו החל הטיפול ושאיבת הביציות מהתורמת, גם אם בחרה הנתרמת לבסוף לבצע את הטיפול ביחידה אחרת.

הואילו להעביר תוכן חוזר זה לידיעת כל הנוגעים בדבר במוסדכם.

ב ב ר כ ה,



ראש מינהל הרפואה

העתק : המנהל הכללי

המשנה למנהל הכללי

ס/מנכ"ל בכיר למנהל ולמשאבי אנוש

ס/מנכ"ל בכיר לתכנון ובינוי מוסדות רפואה

ס/מנכ"ל לכלכלת בריאות

ס/מנכ"ל לתכנון תיקצוב ולתימחור

ס/מנכ"ל קופות חולים

ס/מנכ"ל להסברה ויחסים בינלאומיים

ראש המינהל לטכנולוגיות רפואיות ותשתיות

נציב קבילות הציבור

נציב קבילות הציבור ע"פ חוק ביטוח בריאות ממלכתי

חשב המשרד

היועצת המשפטית

אחות ראשית ארצית וראש מינהל הסיעוד

ראש שרותי בריאות הציבור

רופאי מחוזות – לשכות בריאות מחוזיות
מנהל האגף למדיניות טכנולוגיות רפואיות
מנהל אגף רישוי מוסדות ומכשירים
ראש שרותי בריאות הנפש
מנהל האגף לרפואה כללית
מנהל האגף לרפואה קהילתית
מנהל אגף הרוקחות
מנהל האגף לשרותי מידע ומחשוב
מנהל המרכז הלאומי לבקרת מחלות
מנהלת האגף להבטחת איכות
מנהל אגף ביקורת פנים
פסיכולוגית ראשית ארצית
מנהלת האגף לאפידמיולוגיה
מנהל המחלקה למעבדות
מרכזת המועצות הלאומיות
מנהלת השרות הארצי לעבודה סוציאלית
הספרייה הרפואית
אחראית ארצית על הסיעוד – ברפואה כללית
אחראית ארצית על הסיעוד – ברפואה קהילתית
אחראית ארצית על הסיעוד – בבריאות הנפש
אחראית ארצית על הסיעוד – בבריאות הציבור
אחות ראשית – קופ"ח הכללית
הרופא הראשי האגף לטיפול במפגר - משרד הרווחה
קרפ"ר – צ.ה.ל
רע"ן רפואה- מקרפ"ר
קרפ"ר – שרות בתי הסוהר
קרפ"ר – משטרת ישראל
מנכ"ל הסתדרות מדיצינית – "הדסה"
רכז הבריאות , אגף תקציבים – משרד האוצר
יו"ר ההסתדרות הרפואית בישראל
יו"ר ארגון רופאי המדינה
יו"ר המועצה המדעית – ההסתדרות הרפואית
מנכ"ל החברה לניהול סיכונים ברפואה
בית הספרים הלאומי והאוניברסיטאי
ארכיון המדינה
מנכ"ל חברת ענבל
מנהלת המחלקה לניהול סיכונים - חברת ענבל

סימוכין : 46763511

כתובת אתר האינטרנט בו מפורסמים חוזרי מינהל הרפואה
וחוזרי מנכ"ל היא: - www.health.gov.il

רשימת הטפסים הנדרשים
עפ"י חוק תרומת ביציות, התש"ע – 2010

טופס מס' 1 - טופס בקשה לקבלת תרומת ביציות (לנתרמת).

טופס מס' 2 - טופס הסכמה לנתרמת / בני זוג להכללת פרטיהם במאגר המידע ובמרשם
הילודים.

טופס מס' 3 - טופס הסכמה לתורמת ביציות לביצוע שאיבת ביציות ותרומתן

נספח א' לטופס 3 - ייעוד הביציות.

נספח ב' לטופס 3 - טופס חזרה מהסכמה לתרומת ביציות ושינוי ייעוד.

טופס מס' 4 - טופס פניה לוועדת חריגים.

טופס מס' 5 - טופס הסכמה לקבלת תרומה מתורמת נשואה או מתורמת שאינה בת דתה.

טופס 1

טופס בקשה לקבלת תרומת ביציות (לנתרמת)
לפי פרק ג' סימן א' סעיף 11, לחוק תרומת ביציות, התש"ע - 2010

לכבוד _____ מנהל יחידת IVF,

בית חולים _____

הנדון: טופס בקשה לקבלת תרומת ביציות
בהתאם לחוק תרומת ביציות התש"ע - 2010

אני הח"מ - האישה הנתרמת:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ מס' ת.ז.: _____

תאריך לידה: _____ דת: _____ מצב משפחתי: _____

כתובת: רחוב: _____ מס' בית: _____ ישוב: _____ מיקוד: _____

טלפון: _____ טלפון נייד: _____

שמות ילדים ומספר ת.ז.:

פרטי בן זוג:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ מס' ת.ז.: _____

מצב משפחתי: _____

כתובת: רחוב: _____ מס' בית: _____ ישוב: _____ מיקוד: _____

טלפון: _____ טלפון נייד: _____

שמות בנותיו ומספר ת.ז.:

1. מבקשת בזאת לאשר לי תרומת ביציות מתורמת.
2. ידוע לי כי תרומת הביציות היא אנונימית*
3. הוסבר והומלץ לבן זוגי לעבור בדיקות גנטיות.
4. מצ"ב חוות דעת רפואית המתייחסת לסיבת אי היכולת שלי להרות באמצעות הביציות שלי. (חוות הדעת תכתב ע"י רופא נשים מומחה, או רופא מומחה בתחום הרלבנטי).
5. מצ"ב חוות דעת לגבי מצב בריאותי הכללי(חוות הדעת תכתב ע"י רופא המשפחה).
6. אני מתחייבת לעדכן את היחידה להפריה חוץ גופית במידה וחל שינוי בפרטים הנ"ל.

תאריך: _____ שם מלא: _____ חתימה: _____

אני ד"ר _____ רופא מומחה בילוד וגינקולוגיה ביחידת IVF בבי"ח _____

מאשר כי גב' _____ אינה מסוגלת בשל בעיה רפואית להתעבר מביציות שבגופה / יש לה בעיה רפואית אחרת המצדיקה קבלת תרומת ביציות לשם הולדת ילד.

תאריך: _____

שם הרופא המטפל ביחידת IVF _____

ביה"ח _____

חתימה
וחותמת _____

* להוציא מקרים חריגים אשר אושרו ע"י ועדת חריגים לפי סעיף 22 לחוק.

טופס 2

טופס הסכמה לנתרמת / בן זוגה להכללת פרטיה במאגר המידע ובמרשם הילודים לפי פרק ג' סימן ב' סעיף 13, לחוק תרומת ביציות, התש"ע - 2010

הגדרות:

מאגר מידע – מאגר הקיים במשרד הבריאות וכולל את הפרטים הבאים:

- פרטיה האישיים של התורמת והנתרמת.
- פרטיו האישיים של המיועד להיות האב הגנטי / תורם זרע.
- סימון הקוד כפי שמופיע על מבחנת הזרע, במקרים בהם תורם הזרע אנונימי.
- אישור על הקצאת ביציות לתרומה, ופרטים נוספים לגבי תרומה זו.

מרשם הילודים – מרשם שמתנהל בבית המשפט וכולל את הפרטים הבאים:

- פרטיה האישיים של התורמת והנתרמת / אם מיועדת לפי חוק הסכמים לנשיאת עוברים.
- פרטיו האישיים של הגבר שבזרעו הופרו הביציות המושטלות. לגבי תורם זרע אנונימי – הקוד כפי שמופיע על מבחנת הזרע.
- ציון דתה של תורמת ביצית כאשר אינה בת דתה של הנתרמת.
- פרטיו האישיים של היילוד והוריו (ככל שהאב אינו תורם זרע).

הוסבר לי / הוסבר לנו / הבינותי / הבנו כי -

הפרטים המופיעים בהגדרות לעיל יכללו במרשם הילודים ומאגר המידע.

אני מחויבת בזאת להודיע לרופא המטפל או לרופא האחראי ביחידת IVF בבי"ח _____ על קיומו של הריון בשבוע ה- 20 ועל הלידה או על כישלון הטיפול.

הוסבר והובן לי/לנו כי פרטים אלו יועברו למרשם הילודים. הוסבר והובן לי/לנו כי במידה ולא אמסור הודעה כאמור, יפנה רשם הילודים למרשם האוכלוסין בבקשה לקבלת המידע האמור ולרשמו במרשם הילודים.

הוסבר והובן לי/לנו כי הרופא האחראי ביחידת IVF יפנה למאגר המידע לאישור התנאים הבאים:

- א. התורמת היא בת דתה של הנתרמת ואינה קרובת משפחה.
- ב. התורמת אינה קרובת משפחתו של מי שמיועד להיות האב הגנטי של היילוד.
- ג. לא קיימת קרבת משפחה בין ילדיהם של הנתרמת לבין התורמת, ילדי התורמת לבין הנתרמת או לבין מי שמיועד להיות האב הגנטי בין ילדות האב הגנטי לבין התורמת.
- ד. התורמת אינה נשואה.
- ה. היו הביציות שנשאבו מהתורמת מיועדות להפריה בזרעו של תורם זרע מבנק הזרע – יעשה שימוש בזרע של תושב חוץ.

1. הוסבר והובן לי/לנו כי רופא מומחה עובד משרד הבריאות, רשאי לשם פיקוח על ביצוע הוראת חוק תרומת ביציות, לקבל מידע ממאגר המידע.

2. הוסבר והובן לי/לנו כי הרופא האחראי או המטפל ביחידת IVF בבי"ח _____ יעביר את המידע המפורט לעיל בהגדרת מרשם הילודים.

3. הוסבר והובן לי/לנו כי הילדים שיולדו מתרומת ביציות, לפי חוק תרומת הביציות, רשאים לפנות אל מרשם היילודים על מנת לברר אם הם קרובי משפחה. בירור זה יכול שיעשה גם על ידי רשם הנישואין.

4. ידוע לי/ לנו כי במידה ואזדקק לתרומת זרע לצורך ההפריה, יעשה שימוש בזרע של תושב חוץ.

לאחר שהוסבר והובן לי/לנו את האמור לעיל ע"י ד"ר _____, הרופא האחראי ביחידת IVF, בבית חולים _____, אני מסכימה/ מסכים להכללת הפרטים הנ"ל במאגר המידע ובמרשם הילודים

שם האישה נתרמת:	מס' זהות	כתובת	חתימה	תאריך
_____	_____	_____	_____	_____

שם בן הזוג/ תורם הזרע	מס' זהות	כתובת	חתימה	תאריך
_____	_____	_____	_____	_____

אני מאשר כי הסברתי בעל פה לאישה / לבן זוגה את האמור לעיל, וכי הם חתמו לפני על הסכמתם.

תאריך: _____

שם הרופא: _____

חתימה: _____

חותמת: _____

טופס 3

טופס הסכמה לתורמת ביציות לביצוע שאיבת ביציות ותרומתן ולהכללת פרטיה

האישיים במאגר המידע ומרשם הילודים

לפי פרק ג' סעיף 12, לחוק תרומת ביציות, התש"ע - 2010

1. כללי:

שאיבה ותרומה של ביציות נעשה למטרת הולדת ילד. הליך שאיבת ביצית נעשה לאחר מתן טיפול הורמונאלי. הליך השאיבה נעשה בחדר ניתוח תחת הרדמה כללית.

2. טיפול הורמונאלי:

במחזור טבעי מבשיל על פי רוב זקיק בודד. השימוש בתרופות מאפשר גיוס מספר רב של זקיקים ומגדיל את הסיכוי לשאוב יותר ביציות. בכך גדל הסיכוי להשיג יותר עוברים להחזרה. חלק מן התרופות משמשות לגירוי השחלה, חלקן ניתנות לאיזון של הורמונים שונים ואחרות לדיכוי הציר יתרת המח - שחלה ובכך מושגת יעילות יתר בטיפול.

3. סיכוני הטיפול ההורמונאלי:

הטיפול ההורמונאלי גורם לעיתים קרובות לגירוי יתר שחלתי. גירוי היתר הוא על פי רב קל ומתבטא בתפיחות הבטן, כאבי בטן, הגדלת שחלות ואף הצטברות קלה של נוזלים בבטן. התופעות חולפות כ - 4 - 3 שבועות אחרי שאיבת הביציות.

כטיפול מספיקה מנוחה ושתיה מרובה ולרוב לא נדרש אשפוז.

גירוי יתר בינוני או קשה נדירים יותר. גירוי בינוני כולל בנוסף לנ"ל גם בחילות, שלשולים וריכוז יתר של הדם. בגירוי קשה (5% - 0.5%) קיים סיכון לתפליטים בריאות וכן לתסחיפים. סיבוכים נדירים נוספים כוללים אי ספיקת לב ו/או כליות. דווחו אף מקרים בודדים של צורך בקטיעת גפיים ואף מוות.

יש לציין סיכון נדיר נוסף לתסביב (שזור), קרע או דימום מהשחלה. סיבוך זה מחייב התערבות כירורגית (פתיחת בטן או לאפארוסקופיה) לשם התרת התסביב. לעיתים נדירות דווח אף על צורך בכריתת השחלות.

לאחרונה הופיעו בספרות הרפואית דיווחים בודדים, שבדקים את האפשרות של עליה בשכיחות סרטן השחלות, לאחר טיפול בגורמי ביוץ. דיווחים אלו לא אושרו במחקרים נוספים ומוזכרים פה למען הזהירות, וזאת מכיוון שהמידע עדיין מצטבר ומסקנותיו יודעו רק בעוד שנים.

במקרים בהם הטיפול יכול לדיכוי מוקדם של השחלות, עלולות להופיע תופעות לוואי הדומות לאלו של גיל המעבר. כמו כן עלולות להתפתח ציסטות שחלתיות שיהיה צורך בשאיבתם ו/או בהפסקת הטיפול. רגישות לתכשירים ההורמונאליים נדירה.

דיווח מוקדם למטפל על תופעות חריגות יקל באבחון ובטיפול מוקדם.

4. סיכוני שאיבת ביציות:

פעולת שאיבת הביציות כרוכה באי נוחות עד כאב, ולאחריה תידרש מנוחה של מספר שעות. הסיכונים העיקריים הנובעים מהחדרת מחט לשחלה הינם זיהום ודימום. זיהום באגן הינו נדיר וחולף בדרך כלל על ידי טיפול אנטיביוטי.

לעיתים נדרש ניתוח לניקוז מורסה או להרחקת חצוצרות או שחלות פגועות. זיהום מקטין את הסיכוי להריון. לעיתים נדירות עלול מצב זיהומי להסתבך עד כדי כריתת רחם. דימום קל מתרחש כמעט בכל

דיקור שחלתי. לעיתים רחוקות הדימום רב יותר ומחייב מתן דם, פעולות לעצירת הדימום, כריתת שחלות ורחם. נזק למעי הינו נדיר אך אפשרי.

5. סיכוני הרדמה:

הרדמה הינה פעולה בטוחה יחסית, אך יש בה סיכונים.

הסיכונים בהרדמה מקומית הם תגובה אלרגית בדרגות שונות לחומרי ההרדמה. הסיכונים בהרדמה אפידורלית הם תגובה אלרגית ופגיעה עצבית בפלג גוף תחתון. סיכוני הרדמה כללית כוללים נזק לשיניים ו/או למיתרי הקול כתוצאה מהחדרת הצינור לקנה הנשימה, תופעות אלרגיות בדרגות שונות לחומרי ההרדמה ובמקרים נדירים ביותר מוות, לכן דיווח מראש על רגישות לחומרים חיוני. בהרדמה כללית יש סכנה של שאיפת תוכן קיבה (אספירציה). צום של 6 שעות לפחות מקטין את הסיכון לאספירציה.

6. הוסבר לי והסכמתי לתת במעמד התרומה דגימת דם לצורך בדיקה גנטית במידה ויימצא כי בעל הזרע בו יופרו הביציות שאתרום נושא מחלה גנטית.

7. הוסבר לי והבנתי כי בטרם שאיבת הביציות יהיה עלי לעבור את הבדיקות הגופניות הבאות: אנמנזה, תיאור חיצוני, בדיקה גופנית לרבות בדיקת שד ובדיקה גניקולוגית. ואת בדיקות המעבדה הבאות: סוג דם ו- RH, סוכר, HIV, HCV Ab, HbsAg ו-X שבי.

8. הוסבר לי והבנתי כי יהיה עלי לעבור בדיקה פסיכולוגית לצורך בדיקת התאמתו לתרומת ביציות.

אני הח"מ _____ (להלן: "האישה")
שם האישה התורמת ת.ז. כתובת

מצהירה ומאשרת בזאת כי קבלתי הסבר בעל פה מד"ר _____ שם פרטי
שם משפחה

על תהליכי הטיפול של שאיבת ביציות לצורך תרומתן. (סעיפים 1-5)

קראתי בעיון את ההסכמה לרבות ההסברים המפורטים בדבר השלבים השונים, תופעות הלוואי והסיכונים האפשריים הכרוכים בטיפול. כמו כן קיבלתי מהרופא המטפל הסברים מפורטים על פרטים שלא היו ברורים לי ומענה מפורט לשאלותיי ואני מסכימה לביצוע כל הפעולות הכירורגיות והמעבדתיות שתידרשנה על מנת להגדיל את סיכויי הצלחה בכל אחד משלבי הטיפול. הנני מצהירה בזאת שהוסבר לי והבנתי כי בכל אחד משלבי הטיפול אפשריים סיכונים ואני מוכנה ליטול סיכונים אלו על עצמי.

אני נותנת את הסכמתי המלאה מרצוני החופשי לצוות הרפואי ביחידת IVF בבי"ח _____ (שם המוסד)

לרופאים, האחיות, אנשי המעבדה, עוזריהם וכל צוות יחידת IVF, לבצע את כל תהליכי הטיפול המפורטים לעיל, בהתאם לשיקול דעתם, ועל פי הנהלים וההוראות של בית החולים, באחריות המקובלת בבית החולים ובכפוף לחוק.

תאריך: _____ שם מלא של התורמת: _____ חתימה: _____

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לאישה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא חתמה בפני על הסכמה לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

תאריך	שם הרופא	חתימה	חותמת
-------	----------	-------	-------

9. לאחר שקבלתי הסבר על ההליך הרפואי של שאיבת הביציות – הוסבר לי והבנתי כי פרטי האישיים יועברו ויכללו במאגר המידע ומרשם הילודים.

מאגר מידע – מאגר הקיים במשרד הבריאות וכולל את הפרטים הבאים:

- פרטיה האישיים של התורמת והנתרמת.
- פרטיו האישיים של המיועד להיות האב הגנטי / תורם זרע.
- סימון הקוד כפי שמופיע על מבחנת הזרע, במקרים בהם תורם הזרע אנונימי.
- אישור על הקצאת ביציות לתרומה, ופרטים נוספים לגבי תרומה זו.

מרשם הילודים – מרשם שמתנהל בבית המשפט וכולל את הפרטים הבאים:

- פרטיה האישיים של התורמת והנתרמת / אם מיועדת לפי חוק הסכמים לנשיאת עוברים.
- פרטיו האישיים של הגבר שבזרעו הופרו הביציות המושטלות. לגבי תורם זרע אנונימי – הקוד כפי שמופיע על מבחנת הזרע.
- ציון דתה של תורמת ביצית כאשר אינה בת דתה של הנתרמת.
- פרטיו האישיים של היילוד והוריו (ככל שהאב אינו תורם זרע).

10. הוסבר לי והבנתי כי הרופא האחראי ביחידת IVF יפנה למאגר המידע לאישור התנאים הבאים:

- א. התורמת היא בת דתה של הנתרמת ואינה קרובת משפחה.
- ב. התורמת אינה קרובת משפחתו של מי שמיועד להיות האב הגנטי של היילוד.
- ג. התורמת אינה נשואה.
- ד. היו הביציות שנשאבו מהתורמת מיועדות להפריה בזרעו של תורם זרע מבנק הזרע – התורם יהיה תושב חוץ.

11. הוסבר לי והבנתי כי רופא מומחה עובד משרד הבריאות רשאי לשם פיקוח על ביצוע הוראת חוק תרומת ביציות לקבל מידע ממאגר המידע.

12. הוסבר והובן לי כי הרופא האחראי או המטפל ביחידת IVF בבי"ח _____ יעביר את המידע המפורט לעיל בהגדרת מרשם הילודים.

13. הוסבר לי והבנתי כי הילדים שייולדו מתרומת ביציות, לפי חוק תרומת הביציות, רשאים לפנות אל מרשם היילודים על מנת לברר אם הם קרובי משפחה. בירור זה יכול שיעשה גם על ידי רשם הנישואין.

14. הרופא המטפל ימסור לי מידע לגבי מספר הביציות שנשאבו מגופי ואיכותן.

15. ידוע לי כי לא תבוצענה יותר משלוש פעולות של שאיבת ביציות לשם השתלתן וכי חלפו לפחות 180 יום מהמועד האחרון שמו בוצעה בו פעולה של שאיבת ביציות.
16. ידוע לי כי אוכל לחזור בי מהסכמתי להשתלת הביציות שישאבו מגופי ויוקצו להשתלה בנתרמת עד לשלב הפריית הביציות. כמו כן ידוע לי כי אוכל לחזור בי מהסכמתי להקצאת ביציות למחקר או להשתלה עד לביצוע הפעולה עליה הוריתי. במקרה שאחזור בי מהסכמתי לתרומת ביציות לצורך השתלתן, לא אהיה זכאית לקבלת כל פיצוי כספי.
17. ידוע לי כי לא אקבל מידע מזהה אודות הנתרמת או האם המיועדת, אלא אם כן ניתנה הוראה מוועדת חריגים.
18. ידוע לי כי הילד שיוולד כתוצאה מתרומת ביציותיי, יהיה ילדה של הנתרמת לכל דבר ועניין. ולא יחולו ביני לבין הילד הזכויות והחובות הקיימות בין הורים ושאר קרוביהם ובין היילוד שנולד כתוצאה מתרומת ביציותיי, ולא תהינה נתונות בידי הסמכויות הנתונות להורים ביחס לילדיהם.

לאחר שהוסבר והבנתי את האמור לעיל (סעיפים 6-15) ע"י ד"ר _____, הרופא האחראי ביחידת IVF, בבית חולים _____, אני מסכימה להכללת הפרטים הנ"ל במאגר המידע ובמרשם היילודים.

שם האישה התורמת: _____ מ.זהות _____ כתובת _____ חתימה _____ תאריך _____

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לאשה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא חתמה בפני על הסכמה לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

תאריך _____ שם הרופא _____ חתימה _____ חותמת _____

נספח א' לטופס מס' 3 : ייעוד הביציות
לפי פרק ג' סימן ב', סעיף 16 (ב,ג,ד) לחוק תרומת ביציות, התש"ע - 2010

נספח זה ימולא לאחר שאיבת הביציות, וישלח למאגר המידע.

סה"כ הביציות שנשאבו: _____

הנני מורה כי הביציות שנשאבו מגופי מיועדות ל:

השתלה בנתרמת.

מספר הביציות המיועדות להשתלה
תוקף הסכמתי להשתלת הביציות עד לתאריך

מחקר.

(מספר הביציות המוקצות למטרת מחקר לא יעלה על מספר ביציות השווה ל- 20 אחוזים ממספר הביציות שנשאבו מגופי, או על 2 ביציות לפי הנמוך)
מספר הביציות המיועדות למחקר
למחקר מסוים / לא מסוים, בארץ / מחוץ לארץ.
תוקף הסכמתי למסירת הביציות למחקר עד לתאריך

הקפאה לשימור עצמי.

(מספר הביציות המוקצות למטרת מחקר לא יעלה על מספר ביציות השווה ל- 20 אחוזים ממספר הביציות שנשאבו מגופי, או על 2 ביציות לפי הנמוך)
מספר הביציות המיועדות להקפאה
תוקף הסכמתי לשמירת הביציות עד לתאריך

השמדה של ביציות

מספר הביציות המיועדות להשמדה
* כאשר לא יתבקש שינוי יעוד הביציות שנשאבו/או ביצוע פעולה אחרת בביציות שנשאבו מגופה יושמדו הביציות בחלוף 90 יום מיום הודעתה על חזרה מהסכמתה.

שם האישה התורמת: מ.זהות כתובת חתימה תאריך

* פרטים שימלא הרופא האחראי –

תאריך שאיבת הביציות

הערות

תאריך שם הרופא חתימה חותמת

נספח ב' לטופס מס' 3: חזרה מהסכמה לתרומת ביציות ושינוי יעוד
לפי פרק ט' סעיף 44, לחוק תרומת ביציות, התש"ע - 2010

לכבוד

- מנהל יחידת IVF, בית החולים _____
- אחראי על מאגר מידע במשרד הבריאות

א. חזרה מהסכמה

1. אני, הח"מ, מבקשת לחזור בי מהסכמתי לתרום את ביציותיי. (לפני שאיבת הביציות)
2. אני, הח"מ, מבקשת לחזור בי מהסכמתי לתרום את ביציותיי להשתלה ולא לעשות כל שימוש אחר בביציותיי אלא להשמידן או להפשירן במידה והוקפאו.
3. אני, הח"מ, מבקשת לחזור בי מהסכמתי לתרום את ביציותיי למחקר.
4. אני, הח"מ, מבקשת לחזור בי מהסכמתי להקפאת ביציותיי.

ב. שינוי יעוד

אני, הח"מ, מבקשת לשנות את ייעוד הביציות שתרמתי מ _____ ליעוד _____.

ג. השמדת הביציות

אני, הח"מ, מבקשת להשמיד את ביציותיי שנתרמו לייעוד _____.

שם _____ ת.ז. _____ חתימה _____ תאריך _____

* פרטים שימלא הרופא האחראי –

תאריך שאיבת הביציות _____
סיבת החזרה מהסכמה, כפי שהציגה בפניו התורמת _____

תאריך _____ שם הרופא _____ חתימה _____ חותמת _____

נספח ג' לטופס מס' 3: תצהיר לתורמת

תצהיר

אני הח"מ _____ ת.ז. _____ לאחר שהוזהרתי כי

עלי לומר את האמת, וכי אהיה צפויה לעונשים הקבועים בחוק אם לא אעשה כן מצהירה בזה כדקלמן:

1. הנני ילידת שנת _____ מצבי המשפחתי הוא: רווקה / נשואה / גרושה / אלמנה. פניתי בעבר לועדת האישורים/חריגים : כן/לא. בקשתי אושרה/לא אושרה.
2. הנני בת לדת _____.
3. הנני תושבת מדינת ישראל.
4. כל המסמכים אותם מסרתי הינם נכונים ואמיתיים. אני הח"מ מתחייבת להודיע לרופא האחראי/ המטפל על כל שינוי מהותי בעובדות, בנסיבות או בתנאים שנמסרו על ידי.
5. איני עצורה או אסירה. מצ"ב גיליון רישום פלילי.
6. איני חולה במחלת נפש ולא אושפזתי בבית חולים למחלות נפש, או במחלקה פסיכיאטרית בבית חולים.
7. הנני מצהירה כי זהו שמי, חתימתי ותוכן תצהירי אמת.

_____ חתימת התורמת

_____ תאריך

הנני מאשר/ת כי ביום _____ הופיעה בפני עו"ד _____ במשרד ברח' _____ הגב' _____ אשר זיהתה עצמה ע"י ת.ז. _____.

לאחר שהוזהרתי כי עליה להצהיר את האמת וכי תהיה צפויה לעונשים הקבועים בחוק אם לא תעשה כן, אישרה נכונות הצהרתה הנ"ל וחתמה עליה בפני.

_____ חתימת עו"ד

_____ תאריך

טופס 4

טופס פניה לוועדת חריגים

לפי פרק ב' סימן ג' סעיף 21, לחוק תרומת ביציות, התש"ע - 2010

למילוי ע"י האישה הנתרמת ובן זוגה

לכבוד
ועדת החריגים,

אנו, הח"מ, מבקשת/ים את אישור ועדת החריגים במקרה הבא:

קבלת ביציות מתורמת המוכרת לי/לנו.

קבלת ביציות מתורמת נשואה.

קבלת ביציות מתורמת שאינה בת דתי/דתנו.

מבקשים להוציא את הביציות שיתרמו לנו מחוץ לישראל לצורך השתלת הביציות בגופי בלבד.

מצ"ב:

- טופס 1
- טופס 2
- נימוקי הבקשה:

שם האישה נתרמת:	מ.זהות	כתובת	חתימה	תאריך
_____	_____	_____	_____	_____
שם בן הזוג/ תורם הזרע	מ.זהות	כתובת	חתימה	תאריך
_____	_____	_____	_____	_____

טופס 5

טופס הסכמה לקבלת תרומה מתורמת נשואה או מתורמת שאינה בת דתה לפי פרק ג' סימן ב' סעיף 13 (ה) (4), לחוק תרומת ביציות, התש"ע – 2010

למילוי ע"י האישה הנתרמת ובן זוגה

לכבוד
ועדת החריגים

אני / אנו, הח"מ, מסכימה / מסכימים לקבל תרומת ביציות לצורך השתלה למטרת הולדה מתורמת
שהיא:

נשואה
אינה בת דתי / דתנו

שם האישה נתרמת:	מ.זהות	כתובת	חתימה	תאריך
_____	_____	_____	_____	_____
שם בן הזוג/ תורם הזרע	מ.זהות	כתובת	חתימה	תאריך
_____	_____	_____	_____	_____