

הוועדה לאישור הסכמים לנשיאת עוברים

מספרנו: 45903213

טופס מס' 8

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 היא אם ל _____ ילדים וכי עברה _____ הריונות.

עברה _____ הפלות טבעיות.

עברה _____ הפלות יזומות.

עברה _____ ניתוחים קיסריים.

עברה _____ ניתוחים אחרים. אם כן נא

פרט _____

עברה _____ הריונות חוץ רחמיים.

עברה או נמצאת באשפוז/טיפול פסיכיאטרי: _____

נוטלת תרופות באופן קבוע: אם כן נא פרט התרופות _____

הימצאות סרטן שד או שחלה במשפחה _____

אושפזה במחלקה לסיבוכי הריון: _____

היתה במעקב עקב הריון בסיכון גבוה. _____

אם כן, נא לפרט באיזה הריון, סיבה ומשך הזמן _____

הייתה בשמירת הריון: _____

כן / לא - נא לצרף תיעוד

אם כן, נא לפרט באיזה הריון, סיבה ומשך הזמן _____

3. הבהרתי והסברתי לה ולבן זוגה את ההשלכות והמשמעות 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: _____

ב. הוסברו לאם הנושאת סיכויי ההריון בהתייחס לאופן שאיבת הביציות: _____

ג. הוסברו לאם הנושאת סיכויי ההריון בהתייחס למספר העוברים המוקפאים קיימים: _____

ד. הוסבר לאם הנושאת הצורך בתרומת ביצית וסיכויי להריון בהליך זה. _____

ה. הוסברו לאם הנושאת קיומן של מחלות של ההורים המיועדים שלהם עלולה להיות השפעה על בריאותה _____

ו. הוסבר הפטיסיס (B ו-C): _____

ז. הוסבר הליך PGD _____

ח. הוסבר לאם הנושאת הטיפול התרופתי וההורמונלי ותופעות הלוואי: _____

ט. הוסבר לאם הנושאת תהליך הלידה ובדיקות המעקב שיעשו במהלך ההריון: _____

י. הוסבר לאם הסיכון בהריון מרובה עוברים, ואפשרות דילול עוברים: _____

הוועדה לאישור הסכמים לנשיאת עוברים

-2-

1. הוסברו לאם הבדיקות הבאות: מי שפיר, סיסי שליה, שקיפות עורפית, בדיקת מערכות אולטראסוניות: **כן / לא**.
הוסברו לאם הנושאת אירועים העלולים לקרות במהלך התהליך כמו: הפלה, לידה מוקדמת,
הריון חוץ רחמי, ניתוח קיסרי. **כן / לא**.

חתימת המועמדת לאם נושאת:

אני הח"מ מאשרת בזאת כי קיבלתי הסבר והבינתי את התהליך, משמעות הטיפול הרפואי והשלכותיו.

תאריך	שם האם הנושאת	מס ת.ז.	חתימת האם הנושאת
_____	_____	_____	_____

חתימת הבעל/בן הזוג של המועמדת לאם נושאת:

אני הח"מ מאשר בזאת כי קיבלתי הסבר והבינתי את התהליך, משמעות הטיפול הרפואי והשלכותיו.

תאריך	שם הבעל/בן הזוג	מס' ת.ז.	חתימת הבעל/בן הזוג
_____	_____	_____	_____

חתימת 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 _____