

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: _____

כן / לא

נוטלת תרופות באופן קבוע: אם כן נא פרט התרופות

כן / לא

הימצאות סרטן שד או שחלה במשפחה

כן / לא

אושפזה במחלקה לסיבוכי הריון:

כן / לא - נא לצרף תיעוד

היתה במעקב עקב הריון בסיכון גבוה.

כן / לא - נא לצרף תיעוד

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: _____

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 קיימים: _____

כן / לא רלוונטי.

ד. הוסבר לאם הנושאת הצורך בתרומת ביצית וסיכויי 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

כן / לא רלוונטי

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

כן / לא

ח. הוסברו לאם הנושאת תהליך הלידה ובדיקות המעקב שיעשו במהלך ההריון:

כן / לא.

ט. הוסבר לאם הסיכון בהריון מרובה עוברים, ואפשרות דילול עוברים:

כן / לא.

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 והבינותי 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 והבינותי 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
_____	_____	_____

אפריל 2014