

पत्रक - १०

पुनरुत्पादन पेशी (Gametes) / शुक्राणू / बीजपेशी गोठविण्यासंबंधीचे संमतीपत्रक

माझी / आमची, _____ (पती) आणि
_____ (पत्नी), माझे _____

(शुक्राणू / बीजपेशी) गोठवण्यास संमती आहे. पुनरुत्पादन पेशी साधारणतः दहा वर्षांसाठी गोठलेल्या अवस्थेत ठेवले जातील याची आम्हाला कल्पना आहे. अपवादात्मक परिस्थितीत जर आम्हाला जर हा कालावधी वाढवण्याची इच्छा असेल तर आम्ही एआरटी क्लिनिकला _____ (नाव आणि पत्ता) वेळेच्या कमीत कमी सहा महिन्यांआधी कळवू. अशाप्रकारे सहा महिन्यांआधी आमच्याकडून तुमच्याशी काहीही संपर्क न झाल्यास तुम्ही, (अ) त्यांचा संशोधनासाठी वापर करू शकता; किंवा (ब) त्यांची विल्हेवाट लावून त्यांना नष्ट करू शकतात. काही वेळा गोठविलेल्या शुक्राणू किंवा बीजपेशी यांची गुणवत्ता वितळवण्याच्या (३७°से. ला परत आणणे - Thawing) प्रक्रियेदरम्यान कमी होऊ शकते तसेच ताज्या पुनरुत्पादन पेशींच्या तुलनेत गोठविलेल्या पेशींपासून गर्भधारणा होण्याची शक्यता कमी होते, हे आम्हाला ज्ञात आहे

*पती / पुरुष

माझ्या मृत्यूच्या अनपेक्षित घटनेत,

नष्ट करावेत

माझ्या पत्नीकडे सुपूर्द करणे

पत्नीचे नाव आणि माहिती

संशोधनासाठी वापरले जावेत

स्वाक्षरी:

दिनांक:

*पत्नी/स्त्री

माझ्या मृत्यूच्या अनपेक्षित घटनेत,

नष्ट करावेत

माझ्या पतीकडे / _____ सुपूर्द करणे

_____ पतीचे / व्यक्तीचे नाव आणि माहिती

संशोधनासाठी वापरले जावेत

स्वाक्षरी:

दिनांक:

एआरटी क्लिनिकचे समर्थनपत्र

मी / आम्ही _____

आणि

_____ यांना

त्याने / तिने / त्यांनी या संमती / मंजूरी फॉर्मवर स्वाक्षरी केल्याचे तपशील आणि परिणाम वैयक्तिकरित्या समजावून सांगितले आहेत, आणि हे तपशील

आणि परिणाम त्याला / तिला / त्यांना शक्य तितक्या अधिक प्रमाणात समजले आहेत याची खातरजमा करून घेतली आहे.

क्लिनिकमधील साक्षीदाराचे नाव, पत्ता आणि स्वाक्षरी

डॉक्टरांचे नाव आणि स्वाक्षरी

एआरटी क्लिनिकचे नाव आणि पत्ता

*योग्य पर्यायावर खूण करावी

तारीख:

ठिकाण:

नियम आणि अटी

1. माहितीची तरतूद

जोपर्यंत माझे गोठविलेल्या पुनरुत्पादन पेशी (Gametes) वर नमूद केलेल्या क्लिनिकमध्ये आहेत तोपर्यंत वर्षातून कमीतकमी एकदातरी मी माझा वर्तमान पत्ता, दूरध्वनी क्रमांक आणि माझ्या गोठविलेल्या पुनरुत्पादन पेशीसंदर्भातील हेतूबद्दल माहिती देण्यासाठी वर नमूद केलेल्या क्लिनिकला संपर्क करेन.

जर असे न केल्यास:

(१) बारा महिन्यांच्या कालावधीसाठी क्लिनिकशी संपर्क साधणे;

(२) क्लिनिककडून तुमच्या वर्तमान माहिती संदर्भात आलेल्या विनंती पत्रकाला ९० दिवसांच्या आत प्रतिसाद देणे; ते माझे गोठविलेल्या पुनरुत्पादन पेशी (Gametes) साठविण्याची इच्छा नसल्याचे आणि त्यांचा नैतिक हक्क व मालकी अधिकार सोडण्याची इच्छा दर्शविते. वर नमूद केलेल्या (१) आणि (२) चे पालन करण्यात मी अयशस्वी झाल्यास, मी वर नमूद केलेल्या क्लिनिकला माझे गोठविलेल्या पुनरुत्पादन पेशी (Gametes) विल्हेवाट लावून त्यांना नष्ट करावयाची सूचना आणि संमती देत आहे.

२. फी भरणे

माझ्या गोठविलेल्या पुनरुत्पादन पेशींच्या साठवणीच्या आणि सुरक्षित ठेवण्याच्या प्रक्रियेच्या खर्चाची जबाबदारी माझी आहे हे मला ज्ञात आहे. ज्या दिवशी पुनरुत्पादन पेशी गोठविल्या आहेत तेव्हा आणि त्यानंतर साठवणीच्या नवीन वर्षाच्या सुरुवातीला या प्रक्रियांचे शुल्क भरणे क्रमप्राप्त आहे. या भरलेल्या शुल्काचा परतावा मिळणार नाही आणि वर्षभरापेक्षा कमी कालावधीसाठी केलेल्या साठवणीसाठी शुल्क कमी केले जाणार नाही हे मला माहित आहे. माझ्या पत्त्यावर गोठविलेल्या पुनरुत्पादन पेशींच्या साठवणीसाठीचे वार्षिक शुल्क भरण्या संदर्भातील विनंती पत्रक पाठविल्या पासून जर वर्षभर त्या शुल्काचा भरणे झाला नाही तर मला या पेशींची यापुढे साठवण करण्याची इच्छा नाही असे समजावे आणि मी क्लिनिकला अशी सूचना करतो / करते कि माझ्या गोठविलेल्या पुनरुत्पादन पेशी नष्ट करण्यात याव्या किंवा संशोधनासाठी वापरल्या जाव्या.

३. पर्यायी संपर्क / जबाबदार पक्ष

आजारपणामुळे मी असमर्थ असल्यास वर कलम १ आणि २ मध्ये नमूद केल्यानुसार, जबाबदारी घेण्यास एक पर्यायी संपर्क आणि माझा प्रतिनिधी

म्हणून, _____ यांचे नाव देत आहे. त्यांनी
हे पत्रक वाचले आहे आणि मी असमर्थ असल्यास त्यातील नमूद
तरतुदींसाठीची जबाबदारी ते घेतील अशी त्यांनी
_____ स्वाक्षरी केलेली पोचपावती मी येथे
जोडत आहे.