

पत्रक - १२

बीजपेशी संकलनाच्या प्रक्रियेसाठीचे संमतीपत्रक

महिलेचे नाव आणि पत्ता:

क्लिनिकचे नाव आणि पत्ता:

मी वरील नमूद केलेल्या दवाखान्याला मला गर्भधारणा करण्यासाठी उपचार सेवा उपलब्ध करण्याची विनंती केली आहे.

मी संमती देते:

1. हार्मोन्स आणि इतर औषधे देऊन बीजपेशी संकलनासाठी मला तयार करावे
2. माझ्या अंडाशयातून सोनोग्राफी मार्गदर्शित (ultrasound guidance) / दुर्बिणीद्वारे बीजपेशी काढणे

मी / आम्ही डॉ. _____ यांच्याबरोबर वरील प्रक्रियांबद्दल आणि त्यांच्या संभाव्य धोक्यांबद्दल व गुंतागुंतीबद्दल सखोल चर्चा केली आहे आणि मला यासंदर्भात तोंडी आणि लेखी माहिती देण्यात आली आहे. आम्ही समजून उमजून हे मान्य करतो की अंडाशयामध्ये बीजकोष वाढवण्यासाठी (Ovarian stimulation) वापरल्या जाणाऱ्या औषधांचे तात्पुरते दुष्परिणाम असतात जसे की मळमळ, डोकेदुखी आणि पोट फुगणे. क्वचित कधीतरी थोड्या प्रमाणात, अंडाशयामध्ये जास्तीचा प्रभाव झाल्याची (Ovarian Hyperstimulation) स्थिती उद्भवते जेथे अंडाशयाचा प्रतिसाद अतिशयोक्तीपूर्ण असतो. अशी स्थिती मर्यादित प्रमाणात वेळेपूर्वी

ओळखली जाऊ शकते. तसेच, काही वेळा औषधांचा उच्च डोस वापरूनही अंडाशयाचा प्रतिसाद अत्यंत कमी असतो किंवा बिलकुल नसतो. अशा परिस्थितीत, चालू उपचार पद्धती थांबवली जाईल.

मी / आम्ही संमती देतो की मी / आम्ही अपत्याचे कायदेशीर पालक असू आणि मानवी पुनरुत्पादन पेशी / गर्भापासून झालेल्या अपत्याचा माझ्यावर कायदेशीर अधिकार असेल.

मला / आम्हाला प्रस्तावित उपचारांच्या परिणामांसंदर्भात केलेल्या समुपदेशनात भाग घेण्याची एक योग्य संधी देण्यात आली आहे.

मला दिल्या जाणाऱ्या प्रस्तावित भुलेच्या प्रकाराबद्दल (संपूर्ण (General) / प्रादेशिक (Regional) / उपशामक (Sedation)) मला समजेल अशा पद्धतीने माझ्याशी चर्चा केली गेली आहे

इच्छुक जोडप्याची / इच्छुक महिलेची स्वाक्षरी

एआरटी क्लिनिकचे समर्थनपत्र

मी / आम्ही _____ आणि
_____ यांना

त्याच्या / 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.

इच्छुक महिलेची स्वाक्षरी _____

क्लिनिकमधील साक्षीदाराचे नाव
पत्ता आणि स्वाक्षरी

डॉक्टरांचे नाव आणि स्वाक्षरी

पतीची / जोडीदाराची संमती (लागू असल्यास)

वर वर्णन केलेल्या उपचारांच्या पद्धतीला मी पती / जोडीदार या नात्याने संमती देतो. यामधून जन्मलेल्या अपत्याचा मी कायदेशीर पालक असेल आणि या अपत्याचा माझ्यावर कायदेशीर अधिकार असेल हे मला ज्ञात आहे.

नाव, पत्ता आणि स्वाक्षरी: _____(पती / जोडीदार)

क्लिनिकमधील साक्षीदाराचे

नाव, पत्ता आणि स्वाक्षरी : _____

डॉक्टरांचे नाव आणि स्वाक्षरी: _____

दिनांक: