

## पत्रक - १३

### बीजपेशीदात्रीचे संमतीपत्रक

मी, \_\_\_\_\_

पत्ता \_\_\_\_\_

दूरध्वनी क्रमांक \_\_\_\_\_ आधार क्रमांक \_\_\_\_\_

ज्यांना इतर पद्धतीने मूल होऊ शकत नाही अशा जोडप्या / व्यक्तीसाठी माझ्या बीजपेशीचे स्वेच्छेने दान करण्याची संमती देत आहे. सदयस्थितीत आणि माझ्या माहितीप्रमाणे मी कोणत्याही संसर्गजन्य किंवा अनुवांशिक विकारांपासून मुक्त आहे.

माझी डॉ. \_\_\_\_\_

पत्ता \_\_\_\_\_ यांच्याबरोबर

\_\_\_\_\_ तारखेला सखोल चर्चा झाली आहे.

मला \_\_\_\_\_ (सल्लागाराचे (Independent counsellor) नाव आणि पत्ता) \_\_\_\_\_ तारखेला यांनी समुपदेशन केले आहे.

(माझ्या आणि प्राप्तकर्ता जोडप्यामध्ये कोणताही प्रत्यक्ष किंवा अप्रत्यक्ष संपर्क होणार नाही आणि माझी वैयक्तिक ओळख प्राप्तकर्ता जोडप्याला किंवा माझ्या बीजपेशीच्या वापराने जन्मलेल्या अपत्याला उघड केली जाणार नाही हे मला ज्ञात आहे: लागू असल्यास)

परिणामी संततीवर माझा कोणताही हक्क राहणार नाही आणि त्या अपत्याचे माझ्यावर कोणतेही अधिकार नसतील हे मला ज्ञात आहे.

बीजपेशीदात्रीची स्वाक्षरी, नाव आणि पत्ता \_\_\_\_\_

उपचार पद्धतीमध्ये खालील गोष्टींचा समावेश असू शकतो:

1. माझ्या अंडाशयामध्ये अनेक बीजकोष वाढविणे.
2. गुंगीचे औषध किंवा संपूर्ण भूल देऊन सोनोग्राफी मार्गदर्शित (ultrasound guidance) / दुर्बिणीद्वारे माझ्या अंडाशयातून एक किंवा एकापेक्षा अधिक बीजपेशी संकलन करणे.
3. माझ्या बीजपेशींचे प्राप्तकर्ता पतीच्या किंवा दात्याच्या शुक्राणुंने फलन करणे आणि त्यापासून तयार झालेले गर्भ प्राप्तकर्ता महिलेच्या गर्भाशयात ठेवणे.

अंडाशयामध्ये बीजकोष वाढवण्यासाठी (Ovulation Induction) 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.

**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.

दवाखान्यातील साक्षीदाराचे नाव, पत्ता आणि स्वाक्षरी

डॉक्टरांची नाव आणि स्वाक्षरी

एआरटी क्लिनिकचे नाव आणि पत्ता

दिनांक: .....