

संमतीपत्रक - ६

जोडप्याने / स्त्रीने स्वाक्षरी करावयाचे संमतीपत्रक

मी / आम्ही _____ दवाखान्याला
(दवाखान्याचे नाव आणि पत्ता) आम्हाला गर्भधारणा करण्यासाठी मदत
करण्यासाठी उपचार सेवा उपलब्ध करण्याची विनंती केली आहे.

आम्ही समजून उमजून हे मान्य करतो की (जसे लागू होईल त्याप्रमाणे):

१. 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.

२. याची कोणतीही हमी नाही:

- १) सर्व प्रक्रियांमध्ये बीजपेशी मिळतील.
- २) बीजपेशींचे फलन होईल.
- ३) फलन झाले आहे आणि त्यातून तयार होणारे गर्भ हे गर्भाशयात ठेवण्याच्या गुणवत्तेचे असतील.

या सर्व अनपेक्षित परिस्थितींमुळे कोणताही उपचार थांबवला जाईल.

३. मी / आम्ही या प्रक्रियांना आणि त्यासाठी आवश्यक असणारी औषधे आणि भुलेची औषधे देण्यास परिपूर्ण संमती देतो. उपचारादरम्यान आवश्यक असणाऱ्या इतर कोणत्याही शस्त्रक्रियेला देखील आम्ही संमती देतो.

४. मला / आम्हाला सोनोग्राफी मार्गदर्शित (ultrasound directed) बीजपेशी संकलन (Follicular Aspiration) प्रक्रियेच्या संभाव्य धोक्यांची माहिती देण्यात आली आहे.

५. मला / आम्हाला हे माहित आहे की जोपर्यंत पुनरुत्पादन पेशी (Gamete) आणि / किंवा गर्भ माझ्या / आमच्या इच्छेनुसार वापरले जात आहेत तोपर्यंत आम्ही या संमतीच्या अटी मागे घेण्यास किंवा बदलण्यास मोकळे आहोत. अशी लेखी विनंती करावी लागेल हे मला / आम्हाला माहित आहे.

६. चांगल्या गुणवत्तेचे गर्भ गर्भाशयात ठेवले तरीही या प्रक्रियेमुळे गर्भधारणा होईलच याची खात्री नाही.

७. सहाय्यक गर्भधारणा उपचारांमुळे क्लिनिकल गर्भधारणा झाल्यास, एकाधिक गर्भधारणा, एकटोपिक गर्भधारणा किंवा गर्भपात होण्याचा धोका आहे हे मला / आम्हाला माहित आहे. मला / आम्हाला माहित आहे की नैसर्गिक गर्भधारणेप्रमाणेच या गर्भामध्येसुद्धा व्यंग असण्याचा थोडा धोका संभवतो.

८. कोणत्याची गर्भधारणेमधून सामान्य जिवंत बाळाची प्रसूती होईल याची कोणतीही खात्री वैद्यकीय आणि वैज्ञानिक कर्मचारी देऊ शकत नाहीत.

९. या प्रक्रियेच्या परिणामाची अनिश्चितता मला / आम्हाला पूर्णपणे स्पष्ट करण्यात आली आहे. मला / आम्हाला या उपचारातील संभाव्य जोखीम पूर्णपणे पुढे नमूद केलेल्या बाबींसह समजली आहे : -

१) सध्या चालू असलेल्या उपचार सत्रामध्ये स्त्री बीजकोष विकसित होईल याची हमी देणे शक्य नाही आणि क्वचित कधी बीजपेशी संकलन (egg retrieval) करण्याआधी उपचार सत्र बंद करावे लागते.

२) बीज संकलनापूर्वी / किंवा दरम्यान अचानक बीजकोष फुटण्याचा (Ovulation) धोका असतो.

३) बीज संकलन करतेवेळी प्रत्येक बीजकोषातून बीज मिळेलच असे नाही.

४) मिळालेले बीज आणि त्यापैकी फलन झालेल्या बीजांची संख्या निरनिराळी असू शकते

५) बीजपेशीचे फलन अयशस्वी झाल्यास, विकृत फलन झाल्यास किंवा गर्भ विभाजन अयशस्वी झाल्यास गर्भ गर्भाशयात ठेवण्यापूर्वी उपचार सत्र थांबवावे लागण्याची शक्यता आहे.

६) उपचारांमुळे गर्भधारणा होऊ शकते.

७) प्रयोगशाळेत किंवा कल्चर सिस्टममध्ये समस्या असल्यास उपचार सत्र कधीही थांबवले जाऊ शकते.

१०. IVF तंत्राशी निगडित असलेल्या सर्व गोष्टींबद्दल मला / आम्हाला पूर्णपणे माहिती देण्यात आली आहे आणि उपचारपद्धती यशस्वी होण्याची शक्यता, एकाधिक गर्भधारणा होण्याची शक्यता आणि उपचारांच्या इतर संभाव्य धोकादायक परिणामांबद्दल डॉक्टरांनी सल्ला दिला आहे. या तंत्रज्ञानाद्वारे केल्या जाणाऱ्या उपचार पद्धतींबद्दल सर्व माहिती मला / आम्हाला मिळाली आहे जेणेकरून पुढे जे सर्व होणार आहे याबद्दल अधिक पूर्णपणे जागरूक होण्यास मदत होईल.

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.

हे संमतीपत्रक दवाखान्यामध्ये केलेल्या सर्व उपचारसत्रांसाठी लागू असेल.

पुरुष जोडीदाराचे नाव आणि स्वाक्षरी

महिला जोडीदाराचे नाव आणि स्वाक्षरी

दवाखान्यातील साक्षीदाराचे नाव, पत्ता आणि स्वाक्षरी

डॉक्टरांची नाव आणि स्वाक्षरी

एआरटी क्लिनिकचे नाव आणि पत्ता

दिनांक: