



ООО «ЦЕНТР РЕПРОДУКЦИИ ЧЕЛОВЕКА И ЭКО»

344068 Российская Федерация, г. Ростов-на-Дону, ул. Бодрая, влд. 90 т. (863)235-87-77

Лицензия № Л041-01050-61/00351027 от 24.08.2018г.,

выдана Министерством здравоохранения Ростовской области

(344029 г. Ростов-на-Дону, ул. 1-ой Конной Армии, 33– тел.(863) 242-42-14)

Информированное добровольное согласие на проведение искусственной инсеминации (спермой мужа/партнера /спермой донора)

Мы,

Супруга/партнер/
одинокая женщина

г.р.,

(ФИО полностью)

Паспорт: серия _____ № _____ Выдан (кем, когда) _____

Супруг/партнер

г.р.,

(ФИО полностью)

Паспорт: серия _____ № _____ Выдан (кем, когда) _____

Проживающие по адресу:

Тел. супруги/партнера/
одинокой женщины

Тел.супруга/
партнера

Свидетельство о регистрации брака _____

При отсутствии факта регистрации брака настоящим подтверждаем, что в иных зарегистрированных браках не состоим: супруга/партнер, одинокая женщина _____ супруг/партнер _____.

Мы (супруга/партнер/одинокая женщина, супруг/партнер), именуемые в дальнейшем Пациентка/Пациент, а совместно Пациенты, в соответствии со ст. 20, 55 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ и Приказом Минздрава РФ от 31.07.2020 г. № 803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» настоящим заявлением выражаем наше добровольное согласие и просим ООО «ЦЕНТР РЕПРОДУКЦИИ ЧЕЛОВЕКА И ЭКО» (далее – Центр») провести нам лечение бесплодия методом искусственной инсеминации спермой супруга/партнера/донора(отметить **необходимое**).

Нам даны полные и всесторонние разъяснения о методике искусственной инсеминации (спермой супруга/партнера/донора).

Мы проинформированы врачом о том, что цель (суть) лечения методом искусственной инсеминации (спермой супруга/партнера/донора)– это внутрисеечное/внутриматочное введение специально подготовленной капоцитированной спермы супруга/партнера или размороженной спермы супруга/партнера/донора с использованием специального катетера.

Нам разъяснен порядок проведения лечения методом искусственной инсеминации и известно, что проводится:

- гормональная стимуляция яичников супруге/партнеру/одинокой женщине с применением лекарственных препаратов фармакотерапевтических групп гонадотропинов, менотропинов, зарегистрированных в установленном порядке на территории Российской Федерации, в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата, при этом коррекция доз и внесение изменений в протокол гормональной стимуляции осуществляются индивидуально, с учетом результатов УЗ мониторинга развития фолликулов и состояния эндометрия на фоне гормональной стимуляции яичников. Также нам известно, что по показаниям и при определенных условиях гормональная стимуляция может не проводиться;

- получение спермы супруга/партнера для искусственной инсеминации (сбор эякулята) супруга/партнера проводится в день искусственной инсеминации естественным путем или после размораживания порции криоконсервированной спермы супруга/партнера, при использовании спермы донора - после размораживания порции донорской спермы;

- внутрисеечное/внутриматочное введение проводится врачом в амбулаторных условиях;

- поддержка лютеиновой фазы стимулированного менструального цикла проводится лекарственными препаратами фармакотерапевтических групп производных прегнена и прегнадиена в соответствии с инструкцией по применению с целью обеспечения оптимальных условий для наступления беременности;

- диагностика беременности ранних сроков.

Мы предупреждены о том, что лечение методом искусственной инсеминации может иметь осложнения, связанные с выполнением процедуры (болевые ощущения, тромбоз и эмболия сосудов, воспалительные заболевания, обострение сопутствующих заболеваний, перекрут яичника) и побочные эффекты лекарственных препаратов, предусмотренные или не предусмотренные их производителем, влияющих на функцию яичников (синдром гиперстимуляции яичников, формирование ретенционных кист яичника, аллергические реакции, индивидуальная непереносимость и другие).

Нам известно, что:

- наступившая в результате лечения беременность может оказаться эктопической (в т.ч. трубной), многоплодной, а также может прерваться;

- эффективность лечения бесплодия методом искусственной инсеминации зависит от ряда факторов, в т.ч. возраста (при анатомически сохраненных яичниках у пациентки до 30 лет – до 20%, от 30 до 35 лет – до 15%, от 35 до 37 лет – до 10%, от 38 до 40 лет - до 5%, после 40 лет – менее 5%), ранее перенесенных операциях на органах малого таза, функционального состояния яичников, показателей спермы у супруга/партнера, ввиду чего беременность может не наступить;

- для нашего лечения может потребоваться не одна попытка прежде, чем наступит беременность;

- в процессе лечения могут быть выявлены неизвестные ранее факты, из-за которых возможно потребуется изменить план или способ лечения.

Мы понимаем, что все факты, которые могут препятствовать наступлению беременности, будут максимально учтены, но возможны следующие особенности:

- может отсутствовать рост фолликулов в контролируемом цикле или время овуляции может быть точно непредсказуемо;

- супруг/партнер может быть неспособным сдать сперму.

Нам разъяснено, что преодоление бесплодия с помощью метода искусственной инсеминации само по себе не повышает, но и не снижает риск врожденных заболеваний плода.

Нам объяснено врачом, что для достижения наилучших результатов лечения могут быть использованы лекарственные препараты, в аннотации которых производитель не указывает бесплодие, как показание к применению или указывает беременность как противопоказание к применению. Нам понятны преимущества и возможные риски применения этих препаратов.

На использование этих препаратов мы

даем согласие

не даем согласие

Мы подтверждаем свое волеизъявление: подписью в соответствующей строке:

_____ «Согласовываем оказание нам медицинских услуг в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи».

_____ «Согласовываем оказание нам медицинских услуг в виде отдельных консультаций и (или) медицинских вмешательств, входящих в стандарт медицинской помощи».

Мы согласны с тем, что используемая методика медицинской помощи не может полностью исключить вероятность возникновения побочных эффектов, непредвиденных реакций и осложнений, обусловленных биологическими особенностями организма, даже при условии оказания медицинской услуги с соблюдением всех необходимых требований. В таком случае мы согласны на то, что дальнейший план лечения может быть изменен лечащим врачом Центра по его усмотрению. Мы понимаем, что каждый человек индивидуален, имеет свои анатомические и физиологические особенности, и даже самый опытный врач не может абсолютно гарантировать получение желаемого результата лечения.

Мы осознаем и понимаем, что для получения лучших результатов лечения мы должны исполнять все назначения, рекомендации и советы лечащего врача.

- Мы проинформированы о возможных альтернативных методах для получения желаемого нами результата; о том, что можем получить данную услугу и в других организациях, в некоторых случаях на безвозмездной основе, и подтверждаем свое согласие на получение желаемых медицинских услуг на возмездной основе в Центре.

- Мы поставлены в известность о том, что нам необходимо немедленно сообщать лечащему врачу Центра о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с лечащим врачом прием любых лекарственных средств.

- Мы получили исчерпывающую информацию обо всех возможных побочных эффектах и осложнениях введения медицинских препаратов в соответствии с инструкциями по их применению, возможность ознакомления с которыми нам была предоставлена. Мы согласны на применение всех вводимых по нашему состоянию здоровья лекарственных препаратов, за исключением:

(указать какие, если имеются исключения)

- Мы осознаем цель процедуры, используемые методы и проинформированы в полном объеме о конечном результате.

- Мы предупреждены о противопоказаниях к применению процедуры: хронические заболевания в стадии декомпенсации; повышенная температура, острые инфекционные или неинфекционные заболевания. Мы подтверждаем отсутствие у нас данных противопоказаний.

- Нам разъяснено и мы осознали, что проводимая процедура нам не гарантирует 100% результат и согласны с тем, что могут потребоваться и другие методы лечения.

- Мы ознакомлены с распорядком и правилами лечебно-охранительного режима, установленными в Центре и обязуемся их соблюдать; извещены о том, что необходимо регулярно принимать назначенные препараты и выполнять другие методы лечения, немедленно сообщать лечащему врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных лекарств; предупреждены и осознаем, что несоблюдение лечебно-охранительного режима, рекомендаций медицинских работников, режима приема препаратов, самовольное использование медицинского инструментария и оборудования, бесконтрольное самолечение могут осложнить процесс лечения, снизить качество предоставляемой платной медицинской услуги, повлечь за собой невозможность ее завершения в срок или отрицательно сказаться на здоровье. Мы обязуемся в полном объеме исполнять все указания (рекомендации) лечащего врача, предоставляющего платную медицинскую услугу.

- Мы поставили в известность лечащего врача Центра обо всех проблемах, связанных со здоровьем, в том числе об аллергических проявлениях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, обо всех ранее перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, в том числе носительстве ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитах, туберкулезе, инфекциях, передаваемых половым путем, об экологических и производственных факторах физической, химической или биологической природы, воздействующих на нас во время жизнедеятельности, о принимаемых лекарственных средствах. Мы сообщили правдивые сведения о наследственности, а также об употреблении алкоголя, наркотических и токсических средств.

- Мы информированы о том, что медицинский персонал сделает все от него зависящее для предотвращения осложнений лечения.

- Мы согласны/не согласны (отметить **необходимое**) на осмотр другими медицинскими работниками исключительно в медицинских, научных целях с учетом сохранения врачебной тайны;

- Мы разрешаем/не разрешаем (отметить **необходимое**) проводить анализ медицинской документации, касающийся нашего здоровья, с целью оценки качества медицинской помощи должностным лицам Центра, независимым специалистам, привлеченным к проведению экспертизы в соответствии с действующим законодательством РФ, правоохранительным органам.

- Мы разрешаем/не разрешаем (отметить **необходимое**) предоставлять информацию о нашем нахождении и состоянии указанным лицам _____

(ФИО, телефон).

Мы обязуемся взять на себя равные права и обязанности родителей в отношении будущего ребенка по его воспитанию и содержанию, определенные законодательством России о браке и семье.

В случае использования донорской спермы мы обязуемся не устанавливать личность донора. Мы обязуемся сохранять тайну зачатия нашего ребенка.

Мы подтверждаем, что внимательно прочли и поняли всю информацию о процедуре, планируемой нам специалистами Центра, о целях, методах оказания медицинской помощи, риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях, а также о предполагаемых результатах.

Нам была предоставлена возможность задать вопросы о степени риска и пользе процедуры, нам понятен смысл используемых терминов, и лечащий врач дал понятные нам исчерпывающие ответы. На основании чего мы подтверждаем свое решение и даем в письменном виде информированное добровольное согласие на оказание данной медицинской услуги (процедуры).

Мы информированы о порядке и сроках получения медицинских документов (копии медицинских документов, выписки из медицинских документов), отражающих состояние моего здоровья после получения платных медицинских услуг, включая сведения о

результатах обследования, диагнозе, методах лечения, об используемых при предоставлении платных медицинских услуг лекарственных препаратах и медицинских изделиях, без взимания дополнительной платы в порядке и сроки, установленные Приказом Минздрава России от 31.07.2020 № 789н «Об утверждении порядка и сроков предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них».

Ответственность за достоверность данных и личных подписей при заполнении информированного согласия несут пациенты.

Пациентка _____ подпись _____

Пациент _____ подпись _____

Дата « _____ » _____ 202 _____ г.

Я свидетельствую, что разъяснил Пациентам суть, ход лечения, риск медицинского вмешательства, дал ответ на все вопросы.

Пациенты расписались в моем присутствии:

Врач/ _____ подпись _____

эмбриолог _____

Дата « _____ » _____ 202 _____ г.

