Приложение № 12 к приказу



Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 30.08.2012№ 107н

### ***Санкт-Петербургское Государственное бюджетное учреждение Здравоохранения***

### ***«Городская Мариинская больница***»

### **Отделение вспомогательных репродуктивных технологий**

### 191 104 Санкт-Петербург, Литейный пр. дом 56, **тел. 275-72-40, 920-25-48**

[www.mariin.ru/ivf](http://www.mariin.ru/ivf) ; [ivf@mariin.ru](mailto:ivf@mariin.ru)

**Информированное добровольное согласие на применение вспомогательных репродуктивных технологий**

Я (Мы), **\_\_Чекмак Дмитрий Алексеевич , 02.03.1994\_г.р.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

*(Ф.И.О., год рождения)*

Прошу (просим) провести мне (нам) лечение бесплодия методом:

* экстракорпорального оплодотворения
* экстракорпорального оплодотворения яйцеклетки путем инъекции сперматозоида в нее (ЭКО+ИКСИ)
* искусственной инсеминации (ИИ)
* экстракорпорального оплодотворения с использованием яйцеклеток донора
* экстракорпорального оплодотворения с использованием спермы донора
* суррогатного материнства
* искусственной инсеминации с использованием спермы донора
* перенос криоконсервированных эмбрионов

с использованием:

криоконсервированной/ нативной спермы

* криоконсервированных/ нативных ооцитов
* криоконсервированных/ нативных эмбрионов

Мне (Нам) разъяснен порядок проведения лечения методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ/ИИ и известно, что:

* для 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;
* лечение может оказаться безрезультатным;
* преодоление бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий само по себе не повышает, но и не снижает риск врожденных заболеваний плода;
* сперма/ооциты/эмбрионы после криоконсервации и размораживания могут быть непригодны для переноса;
* до настоящего времени наука и медицинская практика не располагают достаточным количеством наблюдений для категоричного заключения об отсутствии каких-либо вредных последствий замораживания/размораживания половых клеток/эмбрионов для здоровья будущего ребенка.

Мне (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. Мне (нам) понятны преимущества и возможные риски применения этих препаратов. На использование этих препаратов я

даю (ем) согласие не даю (ем) согласие.

Мои (Наши) половые клетки/эмбрионы, оставшиеся после проведения ЭКО/ЭКО+ИКСИ/ИИ прошу (просим):

криоконсервировать

утилизировать

донировать

Заявляю (ем), что изложила (и) врачу все известные нам данные о состоянии моего (нашего) здоровья, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в моей (наших) семье (ях).

Я (Мы) предупреждена (ы) о том, что лечение методом ЭКО/ЭКО+ИКСИ/ИИ может иметь осложнения, вызванные выполнением процедуры (кровотечение, воспаление, ранение соседних органов) и применением лекарственных препаратов, влияющих на функцию яичников (синдром гиперстимуляции яичников, формирование ретенционных кист яичника, аллергические реакции и другие побочные эффекты лекарственных препаратов, предусмотренные их производителем). Мне (Нам) известно, что наступившая в результате лечения беременность может оказаться внематочной, многоплодной, а также может прерваться. Я (Мы) подтверждаю (ем), что внимательно прочла (и) и поняла (и) всю информацию о процедуре, предоставленную мне (нам) специалистами медицинской организации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях, а также о предполагаемых результатах. Я (Мы) имела(и) возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные мне (нам) вопросы в этой области. На все заданные вопросы я (мы) получила (и) удовлетворившие меня (нас) ответы. Мое (Наше) решение является свободным и представляет собой информированное добровольное согласие на проведение данной процедуры.

Подписиь пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись пациентки \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись врача\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_