

SPOUSE'S CONSENT TO THE PRESERVATION OF UNFERTILIZED OVA BY FREEZING AND RENEWAL OF FREEZING

موافقة الزوجين على حفظ البويضات غير المخصبة وتجديد التجميد

We, the married couple, Mr:.....
Nationality:..... ID/Passport No:.....
and Mrs.
Nationality:..... ID/Passport No:.....
Residing at the following address:.....
.....

نحن، الزوجين، السيد
جنسية:..... رقم الهوية/جواز السفر:.....
والسيدة
جنسية:..... رقم الهوية/جواز السفر:.....
السكن في العنوان التالي
.....

Declare:

We have applied to Trust Fertility Clinic, through the medical and technical staff, to preserve and store our unfertilized ova.

That we have been informed and understand the following:

- Approval of the preservation and storage of our unfertilized ova at Trust Fertility Clinic is at the discretion of the center's medical and technical staff, and such for a period of up to five years, which in exceptional circumstances can be extended for another five years. The approval for the storage period is subject to renewal every year
- In case the unfertilized ova were frozen in another center, the duration of freezing will start from the date of freezing in that center. However, the renewal of storage period would be counted from the date of storage at Trust fertility clinic.
- We are aware that the staff of the Trust Fertility Clinic is not responsible for any diminished or damaged quality of our cryopreserved unfertilized ova after thawing of the sample.
- We are aware that it is not permitted to transfer any of the unfertilized ova preserved under the custody of the Trust Fertility Clinic medical and scientific staff without the written consent of the husband, the wife, and the medical staff. Such consent shall be given within 28 days prior to the transfer.
- We are also aware that the transportation of unfertilized ova outside the state is prohibited. However, in special circumstances it can be done with the prior approval of the DOH and MOH.
- We are also aware that the transportation of unfertilized ova outside the state is prohibited. However, in special circumstances it can be done with the prior approval of the DOH and MOH.
- We agree that the center will dispose of all our frozen ova in case of death of one of the spouses or the occurrence of a legal separation between us. In these circumstances, the center is responsible only for notifying us.
- We are aware that we are responsible for notifying the center each year of our desire to continue to freeze Ova, and that in case we do not notify the center thereof, the center shall write to the Ministry to obtain its consent to the disposal of the frozen Ova. In these circumstances, we hereby exempt the center and the Ministry from any responsibility in this regard.
- We are aware that, we are responsible for notifying the Center of any changes in our contact details.
- We agree that, upon the expiration of the storage period agreed upon, the center or medical staff may dispose of the unfertilized Ova without getting any approval from us or DOH, through approved methods

اقرار:

لقد تقدمنا بطلب إلى عيادة تراست للخصوبة، من خلال الطاقم الطبي والفني، لحفظ وتخزين البويضات غير المخصبة لدينا. وقد علمنا وفهمنا ما يلي:

- تتم الموافقة على حفظ وتخزين البويضات غير المخصبة في عيادة تراست للخصوبة وفقاً لتقدير الطاقم الطبي والفني بالمركز، لمدة تصل إلى خمس سنوات، ويمكن تمديدتها في ظروف استثنائية لمدة خمس سنوات أخرى. الموافقة على فترة التخزين قابلة للتجديد كل عام
- في حالة تجميد البويضات غير المخصبة في مركز آخر فإن مدة التجميد تبدأ من تاريخ التجميد في ذلك المركز. ومع ذلك، سيتم احتساب تجديد فترة التخزين من تاريخ التخزين في عيادة تراست للخصوبة.
- نحن ندرك أن موظفي عيادة تراست للخصوبة ليسوا مسؤولين عن أي انخفاض أو تلف في جودة البويضات غير المخصبة المحفوظة بالتبريد بعد إذابة العينة.
- ونعلم أنه لا يجوز نقل أي من البويضات غير المخصبة والمحفوطة تحت رعاية الطاقم الطبي والعلمي لعيادة الثقة للخصوبة دون موافقة كتابية من الزوج والزوجة والطاقم الطبي. ويجب منح هذه الموافقة في غضون 28 يوماً قبل النقل.
- نتفق على أن يقوم المركز بالتخلص من جميع بويضاتنا المجمدة في حالة وفاة أحد الزوجين أو حدوث انفصال قانوني بيننا. وفي هذه الظروف، يكون المركز مسؤولاً فقط عن إخطارنا
- نحن ندرك أيضاً أن نقل البويضات غير المخصبة خارج الدولة محظور. ومع ذلك، في ظروف خاصة يمكن القيام بذلك بموافقة مسبقة من هيئة الصحة ووزارة الصحة.
- نتفق على أن يقوم المركز بالتخلص من جميع بويضاتنا المجمدة في حالة وفاة أحد الزوجين أو حدوث انفصال قانوني بيننا. وفي هذه الظروف، يكون المركز مسؤولاً فقط عن إخطارنا
- نعلم أننا مسؤولون عن إخطار المركز كل عام برغبتنا في الاستمرار في تجميد البويضات، وأنه في حالة عدم إخطار المركز بذلك، يقوم المركز بمخاطبة الوزارة للحصول على موافقتها على التخلص من البويضات المجمدة البويضات. وفي هذه الظروف فإننا نعفي المركز والوزارة من أي مسؤولية في هذا الشأن.
- نحن ندرك أننا مسؤولون عن إخطار المركز بأي تغييرات في بيانات الاتصال الخاصة بنا.
- نوافق على أنه يجوز للمركز أو الطاقم الطبي، عند انتهاء مدة التخزين المتفق عليها، التخلص من البويضات غير المخصبة دون الحصول على أي موافقة منا أو من وزارة الصحة، وذلك بالطرق المعتمدة.

Husband's. Signature

توقيع الزوج

Date

تاريخ

Wife's Signature

توقيع الزوجة

Date

تاريخ

اسم الشاهد

التوقيع
تاريخ

أقر أنا
موظف في عيادة ترست للاخصاب و لست الطبيب المعالج
اشهد ان المريض وقع طوعا على هذا الاقرار

Name of witness

Signature

Date

I
am a Trust Fertility Clinic employee who is not the
patient's physician, and I have witnessed the patient
voluntarily sign this form.

المترجم / الوسيط في حالة الحاجة له

اسم المترجم أو الوسيط

التوقيع
تاريخ

بحسب معرفتي المريض فهم المعلومات المترجمة له ووقع
طوعا على هذا الإقرار

TRANSLATOR / INTERPRETER (IF Needed)

To the best of my knowledge, the
patient understood the information
translated to him and voluntarily signed
this declaration

Name , title of interpreter /translator

Signature

Date

1. Information & questions: Members of the medical team should answer patient's/ guardian's/substitute consent giver's questions in a simple, easy to understand, and objective manner, without exaggeration or promises. The aim is to give them enough information on all aspects of the disease, diagnostic measures and treatments, as well as any side effects and usual complications. This should be clear, scientific, easily understood, and enough to assist him/her in making decisions. This information shall not contain any promises or expectations.

2. Language: There should be a common language between the patient, guardians or substitute consent givers and physicians to understand content of the declaration, a translator may be used, if necessary, who must also sign the declaration.

3. Only the UAE law shall be applied to any dispute: that may arise regarding the treatment or dealing with the patient. The UAE courts are exclusively competent to decide and judge on such a dispute.

1. المعلومات والأسئلة: يجب على أعضاء الفريق الطبي الإجابة على أسئلة المريض / ولي الأمر / مانح الموافقة البديل بطريقة بسيطة وسهلة الفهم وموضوعية، دون مبالغة أو وعود. والهدف من ذلك هو تزويدهم بمعلومات كافية عن جميع جوانب المرض والتدابير التشخيصية.

العلاجات، فضلا عن أي آثار جانبية ومضاعفات المعتادة. ويجب أن يكون هذا واضحا وعلميا وسهل الفهم وكافيا لمساعدته في اتخاذ القرارات. ويجب ألا تحتوي هذه المعلومات على أي وعود أو توقعات.

2. اللغة: يجب أن تكون هناك لغة مشتركة بين المريض والأوصياء أو مقدمي الموافقة البديلين والأطباء لفهم محتوى الإعلان، ويمكن الاستعانة بمترجم، إذا لزم الأمر، والذي يجب عليه أيضا التوقيع على الإعلان.

3. يطبق قانون دولة الإمارات العربية المتحدة فقط على أي نزاع: قد ينشأ بشأن علاج المريض أو التعامل معه. وتختص محاكم دولة الإمارات العربية المتحدة حصراً بالبت والحكم في مثل هذا النزاع.

Trust Fertility Clinic

Burjeel Medical City, Abu Dhabi Tel: 800 23

Mobile : +971507672825

www.trustfertility.com