

CONSENT TO THE PRESERVATION OF SPERM/TESTICULAR BIOPSY TISSUE BY FREEZING AND RENEWAL OF FREEZING

الموافقة على حفظ الحيوانات المنوية/أنسجة خزعة الخصية عن طريق التجميد وتجديد التجميد

I Mr
Nationality:..... ID/Passport No:.....
Residing at the following address:
.....

أقرأ أنا: السيد
جنسية:..... رقم الهوية/جواز السفر:.....
السكن في العنوان التالي:.....
.....

Declare:

That I have applied to Trust Fertility Center, through the medical and technical staff, to preserve and store my sperm/ testicular biopsy tissue.
That I have been informed and understand the following:
• Approval of the preservation and storage of my sperm/ testicular biopsy tissue at Trust Fertility Center, is at the discretion of the center's medical and technical staff, and such for a period of 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 my sperm/ testicular biopsy tissue was 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.
• I am aware that the staff of Trust Fertility Center is not responsible for any diminished or damaged quality of the sperm/testicular biopsy tissue after thawing of the sample.
• I am aware that it is not permitted to transfer my sperm/ testicular biopsy tissue preserved under the custody of the Trust Fertility Clinic medical and scientific staff without my consent and of the medical staff. Such consent shall be given within 28 days prior to the transfer.
• I am also aware that the transportation of sperm/ testicular biopsy tissue outside the state is prohibited. However, in special circumstances it can be done with the prior approval of the DOH and MOH.
• I am aware that the center will dispose of all my preserved sperm/testicular biopsy tissue in case of my death.
• I am aware that I am responsible for notifying the center each year of my desire to continue to freeze sperm/ testicular biopsy tissue, and that in case I do not notify the center thereof, the center shall write to the Ministry to obtain its consent to the disposal of my preserved sperm/testicular biopsy tissue. In these circumstances, I hereby exempt the center and the Ministry from any responsibility in this regard.
• I am aware that, I am responsible for notifying the Center of any changes in my contact details.
I agree that, upon the expiration of the storage period agreed upon, the center or medical staff may dispose of the frozen sperm / testicular biopsy tissue samples without getting any approval from me or DOH through approved methods

اقرار :

أنني تقدمت بطلب إلى مركز تراست للخصوبة، من خلال الطاقم الطبي والفني، لحفظ وتخزين الحيوانات المنوية/خزعة الخصية. لقد تم إبلاغي وفهم ما يلي:
• الموافقة على حفظ وتخزين الحيوانات المنوية/خزعة الخصية في مركز تراست للخصوبة، تكون حسب تقدير الطاقم الطبي والفني بالمركز، لمدة خمس سنوات، ويمكن في ظروف استثنائية تمديدتها لخمس سنوات أخرى. الموافقة على فترة التخزين قابلة للتجديد كل عام.
• في حالة تجميد الحيوانات المنوية/ خزعة الخصية 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.
• أدرك أن موظفي مركز تراست للخصوبة ليسوا مسؤولين عن أي انخفاض أو تلف في جودة الحيوانات المنوية/خزعة الخصية بعد إذابة العينة.
• أدرك أنه لا يجوز نقل الحيوانات المنوية/خزعة الخصية المحفوظة تحت رعاية الطاقم الطبي والعلمي التابع لعيادة تراست للخصوبة دون موافقتي وموافقة الطاقم الطبي. ويجب منح هذه الموافقة في غضون 28 يومًا قبل النقل.
• أدرك أيضًا أن نقل الحيوانات المنوية/أنسجة خزعة الخصية خارج الدولة محظور. ومع ذلك، في ظروف خاصة يمكن القيام بذلك بموافقة مسبقة من هيئة الصحة ووزارة الصحة في أبو ظبي.
• أنا على علم بأن المركز سوف يتخلص من كل الحيوانات المنوية/خزعة الخصية المحفوظة الخاصة بي في حالة وفاتي.
• أعلم أنني مسؤول عن إخطار المركز كل عام برغبتي في الاستمرار في تجميد الحيوانات المنوية / خزعة الخصية، وأنه في حالة عدم إخطار المركز بذلك، يقوم المركز بمخاطبة الوزارة للحصول على موافقتها للتخلص من الحيوانات المنوية/أنسجة خزعة الخصية المحفوظة. وفي هذه الظروف أعفي المركز والوزارة من أي مسؤولية في هذا الشأن.
• أدرك أنني مسؤول عن إخطار المركز بأي تغييرات في بيانات الاتصال الخاصة بي.
• أوافق على أنه، عند انتهاء فترة التخزين المتفق عليها، يجوز للمركز أو الطاقم الطبي التخلص من عينات الحيوانات المنوية المجمدة / خزعة أنسجة الخصية دون الحصول على أي موافقة مني أو من وزارة الصحة بالطرق المعتمدة.

Full Patient's Name (Husband)
Signature
Date

اسم المريض:- الزوج
التوقيع
تاريخ

اسم الشاهد
التوقيع
تاريخ

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

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

Name of witness
Signature
Date

المترجم / الوسيط في حالة الحاجة له

اسم المترجم أو الوسيط
التوقيع
تاريخ

بحسب معرفتي المريض فهم المعلومات المترجمة له ووقع
طوعيا 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 و العلاجات، فضلا عن أي آثار جانبية ومضاعفات معتادة. 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.