

SPOUSES' CONSENT TO ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNIQUES PROCEDURE

موافقة الزوجين على إجراءات تقنيات المساعدة على الإنجاب

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:

That we have applied to Trust Fertility Clinic through the medical and technical staff, to have the procedure of assisted reproductive techniques performed. We have been informed and understand that the method used may include the following:

- Preparing the wife by giving her hormone medication as prescribed by clinician.
- Extracting eggs from the ovaries through the vagina. In case if vaginal route is not acceptable, other routes will be discussed with the treating Physician.
- Husband will provide a semen sample which will be used for fertilizing the eggs by IVF or ICSI.
- Maintaining the embryos resulting from the fertilization process for the period determined by the medical and technical staff. During this period embryos will be monitored regularly.
- Selecting the most suitable embryos by the medical and technical staff for transfer into the wife's uterus or cryopreservation (freezing) of embryos that are not transferred to the uterus.
- Genetic testing of the embryos for abnormal genes or chromosomes.
- Transferring the selected embryos into the wife uterus.
- We agree to these procedures and the wife's treatment with medication and anesthesia whenever necessary. We also agree with any other measures within the procedure that the medical staff deem necessary during treatment.
- We understand that where egg accumulation is clinically indicated, this consent explicitly covers ovum pick-ups during only one month of treatment.
- We understand and accept that there is no guarantee that embryo transfer will result in pregnancy, or the pregnancy will continue and result in delivery of a living healthy baby. Furthermore, we understand that similar as in a natural pregnancy, there is a possibility of miscarriage and fetal deformity.
- We agree that the decisions regarding the suitability of the embryos to be transferred into the uterus shall be based upon the opinion of the center's medical and technical staff.
- We do not approve to the transfer of the embryos to any woman other than the wife.
- We agree that the surplus unfertilized eggs/sperms and fertilized ova (embryos) that are not suitable for transfer or cryopreservation (freezing) will be discarded by leaving them without medical attention.

إقرار :

- أننا تقدمنا بطلب إلى عيادة تراست للخصوبة من خلال الطاقم الطبي والفني لإجراء عمليات تقنيات الإنجاب المساعدة.
- لقد تم إبلاغنا وفهمنا أن الطريقة المستخدمة قد تشمل ما يلي:
- تحضير الزوجة بإعطائها الأدوية الهرمونية حسب وصف الطبيب.
- استخراج البويضات من المبيضين عن طريق المهبل. في حالة عدم قبول الطريق المهبل، سيتم مناقشة الطرق الأخرى مع الطبيب المعالج.
- سيقوم الزوج بتقديم عينة من السائل المنوي والتي سيتم استخدامها لتخصيب البويضات عن طريق التلقيح الصناعي أو الحقن المجهرى.
- المحافظة على الأجنة الناتجة عن عملية الإخصاب للمدة التي يحددها الطاقم الطبي والفني. خلال هذه الفترة سيتم مراقبة الأجنة بانتظام.
- اختيار الأجنة الأكثر ملائمة من قبل الطاقم الطبي والفني لنقلها إلى رحم الزوجة أو الحفظ بالتبريد (التجميد) للأجنة التي لم يتم نقلها إلى الرحم.
- إجراء الاختبارات الجينية للأجنة بحثاً عن الجينات أو الكروموسومات غير الطبيعية.
- نقل الأجنة المختارة إلى رحم الزوجة.
- نوافق على هذه الإجراءات وعلاج الزوجة بالأدوية والتخدير كلما لزم الأمر. كما أننا نوافق على أي إجراءات أخرى ضمن الإجراءات التي يراها الطاقم الطبي ضرورية أثناء العلاج.
- نحن نفهم أنه في الحالات التي يُعتبر فيها تجميع البويضات ضرورياً الناحية الطبية، فإن هذه الموافقة تغطي فقط سحب البويضات خلال شهر واحد من العلاج.
- نحن نفهم ونوافق على أنه لا يوجد ضمان بأن نقل الأجنة سيؤدي إلى الحمل، أو أن الحمل سيستمر ويؤدي إلى ولادة طفل حي يتمتع بصحة جيدة. علاوة على ذلك، نحن نفهم أنه كما هو الحال في الحمل الطبيعي، هناك احتمالية للإجهاض وتشوه الجنين.
- نتفق على أن القرارات المتعلقة بصلاحية الأجنة المراد نقلها إلى الرحم تكون بناء على رأي الطاقم الطبي والفني بالمركز.
- لا نوافق على نقل الأجنة لأي امرأة غير الزوجة.
- نحن نوافق على أن الفائض من البويضات/الحيوانات المنوية غير المخصبة والبويضات المخصبة (الأجنة) غير المناسبة للنقل أو الحفظ بالتبريد (التجميد) سيتم التخلص منها عن طريق تركها دون رعاية طبية.

We also understand the following:

- That there is a slight possibility for excessive ovarian stimulation (OHSS) which can vary in severity, and it may need additional treatment and/or hospital admission. If severe OHSS occurs, embryo transfer can be cancelled to prevent the severity of OHSS.
- That there is a slight possibility, as in natural pregnancy, that miscarriage (abortion), ectopic pregnancy or fetal deformity can occur.
- There is no guarantee that the ova shall develop during the determined induction cycle and that the extraction process may be cancelled in case of no response.
- That it is possible that the aspiration will fail to obtain any egg.
- That it is possible that after extraction suitable ova may not be available for fertilization.
- That there is a risk of multiple pregnancy where 1 or more embryos are transferred.
- That there is a possibility of female physical exposure as the medical staff has explained to us; however, all the efforts will be made to drape the patient.
- Extracting eggs from the ovaries through the vaginal wall (OPU). We are aware that it is an invasive procedure where then needle passes through the vaginal wall to the ovaries to obtain eggs. This can result in discomfort and a small amount of blood loss; however, the chances of major bleeding are less than 0.1%.
- Damage to internal organs may result which may need additional treatment such as surgery. However, the risk of such trauma is extremely low.
- The bacteria are normally present in the vagina and may be inadvertently transferred into the abdominal cavity by the needle. These bacteria may cause an infection of the uterus, fallopian tubes, ovaries or other intra- abdominal organs. However, the risk of such an infection is very low.
- The use of anesthesia during the egg retrieval can produce unintended complications such as allergic reaction, low blood pressure, nausea or vomiting and headache.
- We have been informed about the possible complications resulting from ovum extraction needle injury, such as external bleeding, internal bleeding due to injury of the internal organ and intestinal perforation etc.

• نحن نفهم أيضًا ما يلي:

- أن هناك احتمالية طفيفة لتحفيز المبيض المفرط (OHSS) والذي يمكن أن يختلف في شدته، وقد يحتاج إلى علاج إضافي و/أو دخول المستشفى. في حالة حدوث OHSS شديد، يمكن إلغاء نقل الأجنة لمنع شدة OHSS.
- أن هناك احتمالاً بسيطاً، كما في الحمل الطبيعي، بحدوث إجهاض (إجهاض) أو حمل خارج الرحم أو تشوه الجنين.
- ليس هناك ما يضمن تطور البويضات خلال دورة التحريض المحددة وإمكانية إلغاء عملية الاستخراج في حالة عدم الاستجابة.
- أنه من الممكن أن تفشل عملية الحصول على أي بويضة.
- أنه من الممكن بعد استخراج البويضات المناسبة أن لا تكون متاحة للتخصيب.
- أن هناك خطر الحمل المتعدد حيث يتم نقل جنين واحد أو أكثر.
- أن هناك احتمالية أن تتكشف المريضة كما أوضح لنا الطاقم الطبي. ومع ذلك، سيتم بذل كل الجهود لتغطية المريض.
- استخراج البويضات من المبيضين عبر جدار المهبل (OPU). نحن ندرك أنه إجراء جراحي حيث تمر الإبرة عبر جدار المهبل إلى المبيضين للحصول على البويضات. وهذا يمكن أن يؤدي إلى عدم الراحة وفقدان كمية صغيرة من الدم. ومع ذلك، فإن فرص حدوث نزيف كبير أقل من 0.1%. قد يؤدي ذلك إلى أذية الأعضاء الداخلية مما قد يتطلب علاجاً إضافياً مثل الجراحة. ومع ذلك، فإن خطر مثل هذه الأذية منخفض للغاية.
- تتواجد البكتيريا عادة في المهبل وقد تنتقل عن غير قصد إلى تجويف البطن عن طريق الإبرة. قد تسبب هذه البكتيريا عدوى في الرحم أو قناتي فالوب أو المبيضين أو الأعضاء الأخرى الموجودة داخل البطن. ومع ذلك، فإن خطر الإصابة بمثل هذه العدوى منخفض جداً.
- يمكن أن يؤدي استخدام التخدير أثناء عملية استخراج البويضات إلى حدوث مضاعفات غير مقصودة مثل رد الفعل التحسسي، وانخفاض ضغط الدم، والغثيان أو القيء والصداع.
- تم إعلامنا بالمضاعفات المحتملة الناتجة عن إصابة إبرة استخراج البويضات، مثل النزيف الخارجي والنزيف الداخلي نتيجة إصابة العضو الداخلي وانثقاب الأمعاء وما إلى ذلك.

Wife's Signature

توقيع الزوجة

Date

تاريخ

Husband's. Signature

توقيع الزوج

Date

تاريخ

Physician's Statement: I have discussed the assisted reproductive techniques procedure with the above-mentioned husband and wife. The discussion included the risks, complications and alternatives procedure/treatment. To the best of my knowledge the couple understood the discussion, all questions have been answered and the couple consents to the procedure.

تصريح الطبيب: لقد ناقشت إجراءات تقنيات الإنجاب المساعدة مع الزوج والزوجة المذكورين أعلاه. وتضمنت المناقشة المخاطر والمضاعفات والبدائل الإجراء / العلاج. على حد علمي، فهم الزوجان المناقشة، وتمت الإجابة على جميع الأسئلة ووافق الزوجان على الإجراء.

Name of the physician or authorized health care provider
Signature
Date

اسم الطبيب أو مقدم الرعاية الصحية المخول
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

Guidelines

- Patient guardian or substitute consent giver must meet the following legal criteria: Shall be 18 years old or more. The father or mother has the right to sign on behalf of their son or daughter regardless of their age. Shall be of sound mind and body, shall be able to understand the contents of the declaration and sign it, can read and write properly, otherwise may be assisted by another person who explains the contents and signs the declaration with him/her as witness. Both males and females are considered equal in consenting
- Definition of the Guardian: An adult relative who has had substantial involvement with the patient in the preceding 12 months. The sequence of priorities is father, mother, brother, sister, uncle (from father's side and then from mother's side), grandfather, grandmother, relatives or any parent-in-law. The husband supersedes the father and those who follow under him.
- Definition of Substitute Consent Giver: If the patient has no relatives residing in UAE, a friend may sign on his/her behalf that has familiarity with the patient's presumed wishes regarding medical care
- 1.Exemptions: 1. An unconscious/incompetent or emergency patient who has no guardian or substitute consent giver at the time shall be exempted from giving consent. 2.Only the procedures involving reproductivity in female patient require informed consent of the husband regardless of her age.
- 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
- 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.
- Only the UAE law shall be applied to any dispute: that may arise regarding the treatment dealing with the patient. The UAE courts are exclusively competent to decide and judge on such a dispute.

إرشادات

- يجب أن يفي وصي المريض أو مانح البديل للموافقة للمعايير القانونية التالية: يجب أن يكون 18 عامًا أو أكثر. يحق للأب أو الأم التوقيع نيابة عن ابنهما أو ابنتهما بغض النظر عن عمرهما. يجب أن يكون عاقلًا وسليم البدن، قادرًا على فهم محتوى الإقرار وتوقيعه، ويجب أن يكون قادرًا على القراءة والكتابة بشكل صحيح، وإلا يمكن أن يساعده شخص آخر يشرح له المحتوى ويوقع الإقرار معه كشاهد. يُعتبر الذكور والإناث متساوين في منح الموافقة.
- تعريف الوصي: هو قريب بالغ له مشاركة كبيرة مع المريض خلال الـ 12 شهرًا الماضية. ترتيب الأولويات هو الأب، الأم، الأخ، الأخت، العم (من جهة الأب ثم من جهة الأم)، الجد، الجدة، الأقارب أو أي والدين للزوج. يحل الزوج محل الأب والأقارب الذين يليه.
- تعريف مانح البديل للموافقة: إذا لم يكن للمريض أقارب يقيمون في الإمارات العربية المتحدة، يمكن لصديق لديه معرفة برغبات المريض المتعلقة بالرعاية الصحية أن يوقع نيابة عنه/عنها.
- الإعفاءات: 1. يُعفى المريض غير الواعي أو غير الكفء أو المريض في حالة الطوارئ الذي لا يوجد لديه وصي أو مانح بديل للموافقة في ذلك الوقت من منح الموافقة. 2. تتطلب الإجراءات المتعلقة بالإنجاب في المرضى الإناث فقط موافقة الزوج بغض النظر عن عمرها.
- المعلومات والأسئلة: يجب على أعضاء الفريق الطبي الإجابة على أسئلة المريض أو الوصي أو مانح البديل للموافقة بطريقة بسيطة وسهلة الفهم وموضوعية، دون مبالغة أو وعود. الهدف هو تزويدهم بما يكفي من المعلومات حول جميع جوانب المرض، ووسائل التشخيص والعلاج، فضلاً عن أي آثار جانبية ومضاعفات معتادة. يجب أن تكون هذه المعلومات واضحة وعلمية وسهلة الفهم، كافية لمساعدتهم في اتخاذ القرارات. لا ينبغي أن تحتوي هذه المعلومات على أي وعود أو توقعات.
- اللغة: يجب أن تكون هناك لغة مشتركة بين المريض والوصي أو مانح البديل للموافقة والأطباء لفهم محتوى الإقرار، ويمكن استخدام مترجم إذا لزم الأمر، والذي يجب أن يوقع أيضًا على الإقرار.
- تُطبق قوانين دولة الإمارات العربية المتحدة فقط على أي نزاع قد ينشأ بشأن علاج المريض أو التعامل معه. وتكون المحاكم الإماراتية مختصة حصريًا في الفصل في مثل هذا النزاع.