प्ररूप – 10

[नियम 13 (च) (v) देखें]

युग्मकों/शुक्राणु/अंडाणुओं के जमाने के लिए सहमति

मैं या हम, ……………………………………………. और ……………………………………………., मेरे …………………………. (शुक्राणु या अंडाणु) को जमाने की सहमति प्रदान करते हैं। हम समझते हैं कि युग्मकों को सामान्य रूप से दस वर्षों तक जमा कर रखा जाएगा। असाधारण परिस्थितियों में यदि मैं या हम इस अवधि को बढ़ाना चाहें तो, हमें इस अवधि के समाप्त होने से कम–से–कम छह मास पहले एआरटी क्लिनिक …………………………………..(नाम और पता) को इसकी सूचना देनी होगी। यदि आपको हमारी तरफ से इस समय से पहले कोई सूचना नहीं मिलती तो आप (क) उनका उपयोग शोध कार्यों के लिए; या (ख) उन्हें फेंकने या नष्ट करने के लिए स्वतंत्र होंगे। हम यह भी समझते हैं कि कभी–कभी इन ………………………………… शुक्राणुओं या अंडाणुओं की गुणवत्ता बाद में पिघलने के कारण घट सकती है और नए अंतरित युग्मकों की तुलना में जमे हुए युग्मकों में गर्भ धारण की क्षमता कम हो सकती है।

*** *पति या पुरुष**

मेरी अप्रत्याशित मृत्यु होने पर, मैं चाहूंगा कि युग्मकों को

नष्ट कर दिया जाए ☐

मेरी पत्नी को दे दिया जाए/नाम और ब्यौरे विनिर्दिष्ट करें ☐

शोध कार्यों में प्रयोग कर लिया जाए ☐

हस्ताक्षरित: तारीख:

***पत्नी या महिला**

मेरी अप्रत्याशित मृत्यु होने पर, मैं चाहूंगी कि भ्रूणों को

नष्ट कर दिया जाए ☐

मेरे पति को दे दिया जाए /…………(नाम और ब्यौरे विनिर्दिष्ट करें) ☐

शोध कार्यों में प्रयोग कर लिया जाए ☐

हस्ताक्षरित: **तारीख:**

दंपति/ महिला/ पुरुष का नाम, पता और हस्ताक्षर

एआरटी क्लिनिक द्वारा पृष्ठांकन

मैंने या हमने …………………….. और……………………….. . व्यक्तिगत रूप से इस सहमति या अनुमोदन प्ररूप पर उनके या उनकी या दोनों के हस्ताक्षर करने संबंधी ब्यौरे और उसके निहितार्थों के बारे में समझाया है और मानवीय रूप से सुनिश्चित किया है कि वे इन ब्यौरों और निहितार्थों को समझते हैं।

क्लिनिक के गवाह का नाम, पता और हस्ताक्षर

डॉक्टर का नाम और हस्ताक्षर

एआरटी क्लिनिक का नाम और पता

* समुचित विकल्प पर सही का निशान लगाया जा सकता है

तारीख: ………………

स्थान: ……………………

निबंधन और शर्तें

1. **सूचना की शर्त**

जब तक मेरे पास ऊपर उल्लिखित क्लिनिक में भंडारण में क्रायोप्रिजर्व्ड युग्मकों है, मैं एतद्वारा अपने क्रायोप्रिजर्व्ड युग्मकों के बारे में अपना पता, टेलीफोन नंबर, ईमेल पता और संपर्क ब्यौरे और प्रयोजन के बारे में बताने वाली वर्तमान जानकारी प्रदान करने के लिए उपरोक्त क्लिनिक से कम–से–कम वर्ष में एक बार संपर्क करने को सहमत हूँ।

निम्न न कर पाने पर:

(i) बारह मास की अवधि में क्लिनिक से संपर्क करने में;

(ii) क्लिनिक से सूचना प्राप्त करने के लिए किए गए अनुरोध मिलने के 90 दिनों के भीतर जवाब न दे पाने पर; यह समझा जाएगा कि मैं भ्रूण का परित्याग कर रहा हूँ और यह क्रायोप्रिजर्व्ड युग्मकों के भंडारण को समाप्त करने की मेरी इच्छा को भी दर्शाता है।

उपरोक्त (i) और (ii) का अनुपालन करने में मेरे असफल होने की स्थिति में, मैं ऊपर उल्लिखित क्लिनिक को निर्देश देता हूँ और एतद् द्वारा मेरे क्रायोप्रिजर्व्ड युग्मकों को नष्ट करने और त्यागने या शोध के लिए दिए जाने पर सहमति प्रदान करता हूँ।

2. शुल्क का भुगतान

मैं समझता हूँ कि क्रायोप्रिजर्वेशन और मेरे क्रायोप्रिजर्व्ड युग्मकों के भंडारण का खर्च मुझे उठाना है। क्रायोप्रिजर्वेशन और भंडारण फीस गैमेट क्रायोप्रिजर्वेशन के समय और उसके बाद प्रत्येक वार्षिक भंडारण अंतराल के आरंभ में देय है। मैं समझता हूँ कि ये फीस वापस नहीं किए जा सकते और ये आंशिक भंडारण अंतराल के लिए यथानुपात समायोजन के अधीन नहीं हैं। यदि मेरे क्रायोप्रिजर्व्ड युग्मकों के भंडारण के लिए वार्षिक फीस, मेरे पते या ईमेल या मुझे टेलीफोन पर सूचित किए जाने के बाद, एक वर्ष की अवधि तक उसका भुगतान नहीं किया जाता है तो क्लिनिक यह समझ सकता है कि मुझे अब इनके भंडारण में कोई दिलचस्पी नहीं है और मैं एतद् द्वारा क्लिनिक को मेरे क्रायोप्रिजर्व्ड युग्मकों को नष्ट करने या शोध के लिए उपयोग कर लेने का निर्देश देता हूँ।

3. वैकल्पिक संपर्क या उत्तरदायी पक्ष

मैं, एतद् द्वारा वैकल्पिक संपर्क के रूप में ______________________ (व्यक्ति का नाम) को, नामित करता हूँ और बीमार होने के कारण असमर्थ होने की स्थिति में मेरे प्रतिनिधि ऊपर उल्लिखित धारा 1 और 2 का उत्तरदायित्व संभालेंगे। मैंने ____________________ द्वारा हस्ताक्षरित पावती संलग्न की है कि उन्होंने इस प्ररूप को पढ़ लिया है और मेरी असमर्थता की स्थिति में वे ही इसके उपबंधों के उत्तरदायी होंगे।