

प्ररूप - 11 (नाबालिगों के लिए)

[नियम 13 (च) (vi) देखें]

युग्मकों/शुक्राणुओं/अंडाणुओं के जमाने के लिए

के लिए स्वीकृति

और माता-पिता की सहमति

मैं मेरे (शुक्राणु या अंडाणु) के जमाने की सहमति देता हूँ। मैं समझता हूँ कि युग्मकों को जमा कर सामान्य रूप से दस वर्षों तक 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।

***नाबालिग**

मैं अपने माता-पिता या विधिक अभिभावक को, मेरी तरफ से निर्णय लेने को प्राधिकृत करता हूँ।

हस्ताक्षरित:

तारीख:

माता-पिता / विधिक अभिभावकों द्वारा वचन

मेरे बच्चे की अप्रत्याशित मृत्यु होने पर, मैं चाहूंगा कि भ्रूणों को

मार डाला जाए

मुझे या मेरी पत्नी या विधिक अभिभावक को सौंप दिया जाए

शोध कार्यों में प्रयोग किया जाए

हस्ताक्षरित:

तारीख:

माता-पिता या बच्चे का नाम, पता, हस्ताक्षर

एआरटी क्लिनिक द्वारा पृष्ठांकन

मैंने/हमने और..... व्यक्तिगत रूप से इस सहमति/अनुमोदन प्ररूप पर उनके/उनकी/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

माता-पिता या विधिक अभिभावकों के लिए

1. सूचना की शर्त

जब तक मेरे/हमारे पास ऊपर उल्लिखित क्लिनिक में भंडारण में क्रायोप्रिजर्व्ड भ्रूण है, मैं/हम एतद् द्वारा अपने क्रायोप्रिजर्व्ड भ्रूण 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 या हैं।

निम्नलिखित करने में विफल रहने पर:

(i) बारह मास की अवधि के लिए (क्लिनिक का नाम) से संपर्क करें;

(ii) सूचना के लिए क्लिनिक से अनुरोध मिलने के 90 दिनों के भीतर उसका जवाब देने;

(iii) नया पता या अग्रेषण पता (फॉर्वाडिंग एड्रेस) या ईमेल पता प्रदान करने में जहाँ चिट्ठी क्लिनिक में डिलीवर नहीं किया जा सका, के रूप में लौटा दिया गया हो, परित्याग समझा जाएगा और क्रायोप्रिजर्व्ड युग्मकों के भंडारण को नष्ट करने की मेरी इच्छा दर्शाएगा।

उपरोक्त (i), (ii) या (iii) का अनुपालन करने में मेरी असफलता की स्थिति में, मैं ऊपर उल्लिखित क्लिनिक को निर्देश देता हूँ और एतद् द्वारा अपने क्रायोप्रिजर्व्ड युग्मकों को नष्ट करने की सहमति प्रदान करता हूँ।

2. शुल्क का भुगतान

मैं/हम समझते हैं कि अपने बच्चे के क्रायोप्रिजर्व्ड युग्मकों के क्रायोप्रिजर्वेशन और भंडारण का खर्च मुझे/हमें उठाना है। क्रायोप्रिजर्वेशन और भंडारण फीस गैमेट क्रायोप्रिजर्वेशन के समय और उसके बाद प्रत्येक वार्षिक भंडारण अंतराल के आरंभ में देय है। मैं या हम समझते हैं कि ये फीस वापस नहीं किए जा सकते और ये आंशिक भंडारण अंतराल के लिए यथानुपात समायोजन के अधीन नहीं हैं। यदि मेरे क्रायोप्रिजर्व्ड भ्रूणों 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 मैं या हम अब मेरे क्रायोप्रिजर्व्ड भ्रूण को नष्ट करने या शोध के लिए उनका उपयोग करने की अनुमति देने को सहमत हैं।

3. सूचना देने या फीस का भुगतान न कर पाना

मेरे द्वारा क्लिनिक को सूचना देने या ऊपर धारा 1 और 2 में निर्दिष्ट क्रायोप्रिजर्वेशन फीस का भुगतान न करने की स्थिति में, मैं एतद् द्वारा निम्नलिखित तरीके से क्रायोप्रिजर्व्ड युग्मकों को त्यागने और उन्हें नष्ट करने के लिए क्लिनिक को अपनी सहमति और निर्देश देता हूँ:

(i) नष्ट करने के लिए भंडारण से हटाना है (हाँ या नहीं) _____

शोध कार्यों के लिए दिया जाना है (हाँ या नहीं)

4. वैकल्पिक संपर्क या उत्तरदायी पक्ष

मैं या हम, एतद् द्वारा वैकल्पिक संपर्क के रूप में _____ (व्यक्ति का नाम) को, नामित करते हैं और बीमार होने के कारण असमर्थ होने की स्थिति में मेरे प्रतिनिधि उपर 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।

वैकल्पिक व्यक्ति के संपर्क ब्यौरे

नाम-

पता-

फोन नंबर-