

प्ररूप - 12

[नियम 13 (च) (vii) देखें]

अंडाणुओं की पुनःप्राप्ति के लिए सहमति

मरीज़ का नाम और पता

क्लिनिक का नाम और पता :

मैंने, ऊपर उल्लिखित क्लिनिक से मुझे ऐसा उपचार देने की मांग की है जिससे मुझे शिशु पैदा करने में मदद मिल सके। मैं सहमति देती हूँ:

1. हार्मोन्स और अन्य दवाओं के उपयोग द्वारा अंडाणुओं की पुनःप्राप्ति के लिए तैयार किए जाने के लिए,
2. अल्ट्रासाउंड गाइडेंस या लैप्रोस्कोपी से मेरे गर्भाशय से अंडाणुओं को निकालने की।

मैंने/हमने ..... से उपरोक्त प्रक्रियाओं और उसमें अंतर्बलित जोखिमों और जटिलताओं के बारे में अच्छी तरह से चर्चा की थी और मुझे उनके बारे में मौखिक और लिखित जानकारी प्रदान की गई थी। मैं समझती हूँ और स्वीकार करती हूँ कि अंडाणुओं के बनने की प्रक्रिया को तेज करने के लिए जिन दवाओं का उपयोग गर्भाशय को उत्तेजित करने के लिए किया जाता है, उसके अस्थायी दुष्प्रभाव जैसे मतली, सिरदर्द और पेट में सूजन हो सकते हैं। केवल कुछ एक मामलों में ओवैरियन हाइपरस्टिम्यूलेशन नाम की स्थिति पैदा हो जाती है जिसमें गर्भाशय अतिरंजित प्रतिक्रिया देता है। ऐसे मामलों की पहचान समय से पहले की जा सकती है किन्तु एक सीमित सीमा तक ही। इसके अतिरिक्त, कभी-कभी दवाओं की अधिक खुराक का उपयोग करने के बावजूद गर्भाशय की प्रतिक्रिया (ओवैरियन रेस्पॉन्स) खराब या उसमें कोई प्रतिक्रिया ही नहीं होती। ऐसी परिस्थितियों में, उपचार चक्र को रद्द कर दिया जाएगा।

मैं/हम सहमति देते हैं कि मैं या हम शिशु के कानूनी माता-पिता होंगे और अनाम युग्मक या भ्रूण दान के मामले में शिशु को मुझ से संबंधित सभी विधिक अधिकार प्राप्त होंगे।

मुझे/हमें प्रस्तावित उपचार के प्रभावों के बारे में परामर्श में भाग लेने का समुचित अवसर दिया गया है।

प्रस्तावित संवेदनाहारी के प्रकार (सामान्य या रिजनल या बेहोश करने की प्रक्रिया) की चर्चा ऐसी भाषा में की है जो मुझे समझ में आई है।

इच्छुक दंपति या इच्छुक महिला के हस्ताक्षर

एआरटी क्लिनिक द्वारा पृष्ठांकन

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

महिला के हस्ताक्षर

क्लिनिक के गवाह का

नाम, पता और हस्ताक्षर

डॉक्टर का नाम और हस्ताक्षर

पति की सहमति (जैसा और यदि लागू हो)

पति या जीवनसाथी होने के नाते, मैं ऊपर बताए गए उपचार की प्रक्रिया पर सहमति देता हूँ। मैं समझता हूँ कि मैं जन्म लेने वाले किसी भी शिशु का विधिक पिता बनूंगा और शिशु का मुझ पर सामान्य विधिक अधिकार होगा।

नाम, पता और हस्ताक्षर: \_\_\_\_\_

(पति)

क्लिनिक के गवाह का : \_\_\_\_\_

नाम, पता और हस्ताक्षर

डॉक्टर का नाम और पता: \_\_\_\_\_

तारीख