

[नियम 13 (च) (viii) देखें]

अंडाणुओं के दाता के लिए सहमति प्ररूप

मैं, सुश्री ..... पता..... मोबाइल नंबर ..... आधार कार्ड नंबर..... उन दंपति या व्यक्ति के लिए अपने अंडाणुओं का दान स्वेच्छा से करने पर सहमति देती हूँ जो किसी अन्य तरीके से बच्चा पैदा करने में असमर्थ हैं। इस स्तर पर और मेरी सर्वोत्तम जानकारी में, मैं किसी भी संक्रामक बीमारी या आनुवंशिक विकारों से मुक्त हूँ।

मैंने डॉक्टर..... (चिकित्सक का नाम और पता) से ..... पर पूरी चर्चा की है।

मुझे ..... (स्वतंत्र परामर्शदाता का नाम और पता) से ..... पर परामर्श प्रदान किया गया है।

(मैं समझती हूँ कि मेरे और प्राप्तकर्ता के बीच कोई प्रत्यक्ष या अप्रत्यक्ष संपर्क नहीं होगा और मेरी व्यक्तिगत पहचान प्राप्तकर्ता या मेरे युग्मक के उपयोग से पैदा हुए बच्चे को नहीं बताई जाएगी: यदि लागू हो)

मैं समझती हूँ कि पैदा होने वाले बच्चों पर और उन बच्चों का मुझ पर, कोई अधिकार नहीं होगा।

मैं समझती हूँ कि उपचार की पद्धति में निम्नलिखित सम्मिलित हो सकते हैं:

1. बहुआयामी विकास के लिए मेरे गर्भाशय को उत्तेजित करना।
2. अल्ट्रासाउंड- गाइडेंस या लैप्रोस्कोपी की मदद से, मुझे बेहोश कर या सामान्य एनेस्थिसिया देकर, मेरे एक या एक से अधिक अंडाणु निकाले जा सकते हैं।
3. प्राप्तकर्ता के पति या दाता के शुक्राणु के साथ मेरे अंडाणुओं का निषेचन और उससे प्राप्त भ्रूण को प्राप्तकर्ता के गर्भ में अंतरित करना।

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 जैसे - मतली, सिरदर्द और पेट में सूजन अस्थायी दुष्प्रभाव हो सकते हैं। केवल कुछ एक मामलों में ओवेरियन 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 (ओवेरियन रैस्पाँस) खराब या उसमें कोई प्रतिक्रिया ही नहीं होती। ऐसी परिस्थितियों में, उपचार चक्र को रद्द कर दिया जाएगा।

महिला का नाम, पता और हस्ताक्षर

एआरटी क्लिनिक द्वारा पृष्ठांकन

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

क्लिनिक के गवाह का नाम, पता और हस्ताक्षर

डॉक्टर का नाम और हस्ताक्षर

एआरटी क्लिनिक का नाम और पता

एआरटी बैंक का नाम और पता जिसने दाता की भर्ती और जांच की

तारीख: .....

(यह प्ररूप एआरटी क्लिनिक द्वारा भरा जाएगा किन्तु यदि दाता की भर्ती और जांच बैंक द्वारा की गई थी तो इसकी एक प्रति एआरटी बैंक को रखनी होगी)