

प्ररूप - 6

[नियम 13 (च) (झ) देखें]

दंपति/महिला द्वारा हस्ताक्षर किए जाने वाला सहमति प्ररूप

मैंने/हमने.....  
..... (क्लिनिक का नाम और पता) क्लिनिक से अनुरोध किया है कि वह हमें एक बच्चे को जन्म देने में सहायता करने के लिए उपचार सेवाएं प्रदान करें।

हम समझते हैं और स्वीकार करते हैं (जैसा लागू हो) कि:

1. ओव्यूलेशन इंडक्शन के लिए अंडाशय को उत्तेजित करने के लिए उपयोग की जाने वाली दवाओं के अस्थायी दुष्प्रभाव होते हैं जैसे मतली, सिरदर्द और पेट में सूजन। केवल कुछ मामलों में, डिम्बग्रंथि हाइपरस्टिम्यूलेशन नामक एक स्थिति होती है, जहां एक अतिरंजित डिम्बग्रंथि प्रतिक्रिया होती है। ऐसे मामलों की पहचान समय से पहले की जा सकती है लेकिन सीमित सीमा तक ही। इसके अलावा, कभी-कभी दवाओं की हाई डोज का उपयोग करने के बावजूद डिम्बग्रंथि प्रतिक्रिया कमजोर होती है या नहीं होती है। इन परिस्थितियों में, उपचार चक्र रद्द कर दिया जाएगा।
2. इसकी कोई गारंटी नहीं है कि:
  - (i) सभी मामलों में ऊसाइट्स को पुनर्प्राप्त किया जाएगा।
  - (ii) ऊसाइट्स को निषेचित किया जाएगा।
  - (iii) यहां तक कि अगर निषेचन हुआ भी, तो स्थानांतरित होने के लिए परिणामी भ्रूण समुचित गुणवत्ता के होंगे।इन सभी अप्रत्याशित स्थितियों के परिणामस्वरूप किसी भी उपचार को रद्द कर दिया जाएगा।
3. मैं या हम इन प्रक्रियाओं और ऐसी दवाओं और एनेस्थेटिक्स को लेने के लिए पूरी तरह से सहमत हैं जो आवश्यक हो सकते हैं। हम किसी भी अन्य ऑपरेटिव उपायों के लिए भी सहमति देते हैं, जो उपचार के दौरान आवश्यक पाए जा सकते हैं।
4. मुझे या हमें अल्ट्रासाउंड निर्देशित फॉलिकल एस्पिरेशन के जोखिमों के बारे में बताया गया है।
5. मैं या हम जानते हैं कि जब तक युग्मक और या या भ्रूण का उपयोग मेरी या हमारी इच्छा के अनुसार नहीं किया जाता है, तब तक हम इस सहमति की शर्तों को वापस लेने या बदलने के लिए स्वतंत्र हैं। मुझे पता है कि यह एक लिखित अनुरोध करने से होगा।
6. इस बात की कोई निश्चितता नहीं है कि इन प्रक्रियाओं से गर्भावस्था का परिणाम उन मामलों में भी होगा जहां अच्छी गुणवत्ता वाले भ्रूण स्थानांतरित किए जाते हैं।
7. यदि एक क्लिनिकल गर्भावस्था सहायक गर्भधारण उपचार के परिणामस्वरूप होती है, तो मैं या हम समझते हैं कि एकाधिक गर्भधारण, अस्थानिक गर्भधारण या गर्भपात का एक स्वीकार्य जोखिम है।
8. चिकित्सा और वैज्ञानिक स्टाफ इस बात का कोई आश्वासन नहीं दे सकते कि किसी भी गर्भावस्था के परिणामस्वरूप एक सामान्य जीवित बच्चे का जन्म होगा।
9. प्रक्रिया के परिणाम की अनिश्चितता के बारे में मुझे या हमें पूरी तरह से समझाया गया है।  
मैं या हम उपचार के जोखिमों को पूरी तरह से समझते हैं जिनमें ये शामिल हैं:;
  - (i) यह गारंटी देना संभव नहीं है कि किसी दिए गए चक्र में एक फॉलिकल विकसित होगा और यह कि कभी-कभी अंडा पुनर्प्राप्ति से पहले चक्रों को छोड़ना पड़ता है।
  - (ii) एक जोखिम है कि स्वतःस्फूर्त ओव्यूलेशन अंडे की पुनर्प्राप्ति से पहले या या उसके दौरान हो सकता है।
  - (iii) अंडा पुनर्प्राप्ति के समय एक अंडा हमेशा फॉलिकल से पुनर्प्राप्त नहीं होता है।
  - (iv) किसी भी अंडे का संग्रहण किया जा सकता है और संग्रह किए गए किसी भी अंडे का निषेचन होगा।
  - (v) यदि निषेचन की विफलता, असामान्य निषेचन या भ्रूण को द्विखंडित (विभाजन) करने में विफलता है तो एक जोखिम है कि भ्रूण स्थानांतरण से पहले चक्र को छोड़ दिया जाएगा।
  - (vi) उपचार के परिणामस्वरूप गर्भावस्था हो सकती है।
  - (vii) प्रयोगशाला में या कल्चर प्रणाली में समस्या होने पर किसी भी समय उपचार को छोड़ दिया जा सकता है।
10. मुझे या हमें डॉक्टर द्वारा आईवीएफ या आईसीएसआई तकनीक से जुड़ी हर चीज के बारे में पूरी तरह से सूचित कर दिया

गया है और सफलता की संभावना, एकाधिक गर्भधारण की संभावना और उपचार की अन्य संभावित जटिलताओं के बारे में परामर्श दिया गया है। मुझे या हमें इन तकनीकों द्वारा उपचार से संबंधित जानकारी भी प्राप्त हुई है, ताकि हम इसमें शामिल होने के बारे में पूरी तरह से जागरूक हो सकें।

**एआरटी क्लिनिक द्वारा पृष्ठांकन**

मैंने/हमने व्यक्तिगत रूप से \_\_\_\_\_ और \_\_\_\_\_ को इन ब्यौरों के बारे में और उनके इस सहमति /अनुमोदन प्ररूप पर हस्ताक्षर करने के निहितार्थ के बारे में बताया है, और मानवीय रूप से जितना संभव था यह सुनिश्चित किया है कि वे इन ब्यौरों और निहितार्थों को समझ लें।

यह सहमति क्लिनिक में किए गए सभी चक्रों के लिए लागू होगी।

दंपति (पति और पत्नी) या महिला का नाम और हस्ताक्षर

क्लिनिक से गवाह का नाम, पता और हस्ताक्षर

डॉक्टर का नाम और हस्ताक्षर

एआरटी क्लिनिक का नाम और पता

तारीख: .....