

प्ररूप - 9

[नियम 13 (च) (iv) देखें]

भ्रूणों को जमाने के लिए सहमति

मैं या हम, और
....., एआरटी के परिणामस्वरूप
..... के शुक्राणु और के अंडाणु के साथ भ्रूण को जमाने के लिए सहमति देते हैं। मैं या हम समझते
हैं कि भ्रूणों को सामान्य रूप से वर्षों तक जमा कर रखा जाएगा। यदि हम इस अवधि को बढ़ाना चाहें तो, मैं या हम आपको
(एआरटी क्लिनिक को) समय से कम-से-कम छह माह पहले सूचित करेंगे। यदि हम आपसे उस समय से पहले संपर्क नहीं करते 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 कुछ भ्रूण बाद
में होने वाले गलन में जीवित नहीं भी बच सकते हैं और यह कि जमे हुए भ्रूण-प्रतिस्थापित चक्रों में नए भ्रूणों के अंतरित किए जाने की
तुलना में गर्भावस्था की दर कम होती है।

***पति**

मेरी अप्रत्याशित मृत्यु होने पर, मैं चाहूंगा कि भ्रूणों को

नष्ट कर दिया जाएगा

मेरी पत्नी को दे दिया जाए

शोध कार्यों में प्रयोग कर लिया जाए

हस्ताक्षरित:

तारीख:

***पत्नी या स्त्री**

मेरी अप्रत्याशित मृत्यु होने पर, मैं चाहूंगी कि भ्रूणों को

नष्ट कर दिया जाएगा

मेरे पति को दे दिया जाए या(नाम और ब्यौरे बताएँ)

शोध कार्यों में प्रयोग कर लिया जाए

हस्ताक्षरित:

तारीख:

दंपति या स्त्री 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 एवं निहितार्थों को समझते हैं।

क्लिनिक के गवाह का नाम, पता और हस्ताक्षर

डॉक्टर का नाम और हस्ताक्षर

एआरटी क्लिनिक का नाम और पता

तारीख:

*उपयुक्त विकल्प पर सही का निशान लगाया जा सकता है

* जो लागू न हो उसे एक सीधी रेखा से काट दें

निबंधन और शर्तें

1. सूचना की शर्त

जबतक मेरे पास ऊपर उल्लिखित क्लिनिक में भंडारण में क्रायोप्रिजर्व्ड भ्रूण है, मैं एतद्वारा 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।

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 भ्रूणों 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 भ्रूणों को नष्ट करने और त्यागने या शोध के लिए दिए जाने पर सहमति प्रदान करता हूँ।

2. फीस का भुगतान

मैं समझता हूँ कि क्रायोप्रिजर्वेशन और मेरे क्रायोप्रिजर्व्ड भ्रूणों 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 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 मुझे अब इनके भंडारण में कोई दिलचस्पी नहीं है और मैं एतद् द्वारा क्लिनिक को मेरे क्रायोप्रिजर्व्ड भ्रूण को नष्ट करने या शोध के लिए उपयोग कर लेने का निर्देश देता हूँ।

3. वैकल्पिक संपर्क या उत्तरदायी पक्ष

मैं एतद् द्वारा, नाम, को वैकल्पिक संपर्क के रूप में और मेरे प्रतिनिधि को, यदि मैं बीमारी के कारण असमर्थ रहूँ, उपरोक्त धारा 1 और 2 के लिए उत्तरदायित्व संभालने के लिए नामित करता हूँ। मैंने द्वारा हस्ताक्षरित पावती संलग्न की है कि उन्होंने यह प्ररूप पढ़ लिया है और यदि मैं नहीं कर सका तो उस परिस्थिति में इसके उपबंधों के लिए वे उत्तरदायी होंगे।