

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРИМЕНЕНИЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ООЦИТОВ АНОНИМНОГО ИЛИ НЕАНОНИМНОГО ДОНОРА

Настоящий документ составлен с целью реализации права Пациента на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии со ст.ст. 20, 22 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и п.4, Приказа Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 №803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказания и ограничениях к их применению» для принятия Пациентом осознанного и добровольного решения о получении медицинского вмешательства с применением вспомогательных репродуктивных технологий и представлен информацией, содержащейся в п.44-45, 47, 50-52 Приказа Министерства здравоохранения РФ № 803н от 31 июля 2020 г. «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» и приложениях к нему.

Я(мы),

получила(и) сведения о состоянии моего(нашего) здоровья, а также необходимом и подлежащем выполнению, в связи с этим, объемом диагностических и лечебных манипуляций и вмешательств.

Я(мы) приняла(и) решение о проведении лечения бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий, для чего мной(нами) до подписания настоящего Информированного добровольного согласия оформлено и подписано Информированное добровольное согласие на применение вспомогательных репродуктивных технологий в объеме базовой программы экстракорпорального оплодотворения.

Я(мы) подтверждаю(ем), что в доступной и понятной форме получили нижеследующую информацию:

Вспомогательные репродуктивные технологии представляют собой методы лечения бесплодия, при применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма (в том числе с использованием донорских и/или криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также суррогатного материнства).

Донорство ооцитов – использование свежих или витрифицированных яйцеклеток, полученных у женщины-донора для последующего их оплодотворения сперматозоидами Пациента и/или донора и переноса эмбрионов в полость матки Пациентки. Донорами ооцитов могут быть женщины в возрасте от 18 до 35 лет, физически и психически здоровые, прошедшие медицинское и медико-генетическое обследование. Доноры ооцитов могут быть как неанонимными, так и анонимными. Доноры предварительно проходят обязательное обследование по Приказу МЗ РФ № 803н от 31.07.2021 с исключением противопоказаний.

Показаниями к использованию ооцитов донора являются: отсутствие ооцитов, обусловленное естественной менопаузой, синдромом недостаточности яичников, состоянием после овариэктомии, радио- и химиотерапии, генетическими особенностями; неудачные повторные попытки переноса эмбрионов при недостаточном ответе яичников на стимуляцию, неоднократном получении эмбрионов низкого качества, перенос которых не приводит к наступлению беременности.

Решение об использовании донорских ооцитов принимается Пациентами на основании предоставленной лечащим врачом к моменту подписания настоящего информированного

добровольного согласия полной информации о наличии показаний, преимуществах и недостатках использования собственных ооцитов Пациентки или ооцитов донора, а также: при принятии решения об использовании ооцитов анонимного донора - после ознакомления со списком доноров ооцитов с указанием информации о внешних данных донора (рост, вес, цвет глаз, цвет волос, форма носа, ушей и иных), его расы и национальности, а также результатов медицинского, медико-генетического обследования анонимного донора; при принятии решения об использовании неанонимного донора - после ознакомления с результатами медицинского, медико-генетического обследования неанонимного донора.

В программах ВРТ могут использоваться как нативные (не подвергнутые криоконсервации), так и криоконсервированные ооциты донора. Криоконсервация ооцитов осуществляется путем витрификации с использованием сред, содержащих криопротекторы. Хранение витрифицированных донорских ооцитов производится на специальных промаркированных крионосителях в сосудах Дьюара в жидком азоте при температуре -196°С.

По имеющимся в настоящий момент медицинским данным частота врождённых и наследственных заболеваний у детей, рождённых после криоконсервации, криохранения и расконсервации ооцитов, не превышает частоту патологий в общей популяции и зависит не от факта криоконсервации, криохранения и расконсервации ооцитов, а от генетических особенностей ооцитов и полученных с их использованием эмбрионов.

В результате криоконсервации качественные характеристики ооцитов могут измениться, о чем станет известно только после процедуры размораживания, в связи с чем Пациентка будет ознакомлена с результатами размораживания и заключением эмбриолога. Ооциты после криоконсервации могут утратить пригодность для использования в программах вспомогательных репродуктивных технологий, при этом доля выживания размороженных ооцитов в среднем составляет 85%.

Настоящим я(мы), понимая важность принимаемого решения определила(и), что для применения в программах ВРТ даю(даем) информированное согласие на использование:

ТИПЫ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА	СОГЛАСИЕ/ПОДПИСЬ
Нативные ооциты донора	Пациент _____ Пациентка _____
Витрифицированные ооциты донора	Пациент _____ Пациентка _____

Получив полную информацию о целях, методах медицинского вмешательства при лечении бесплодия методами ВРТ с использованием ооцитов донора, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах, добровольно и осознано приняла(и) решение и доверяю(ем) лечащему врачу, лицу, выполняющему обязанности лечащего врача, а также среднему медицинскому персоналу ООО «Изумруд» выполнение необходимых и показанных медицинских манипуляций, в том числе:

ВИДЫ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА	СОГЛАСИЕ/ ПОДПИСЬ
Применение вспомогательных репродуктивных технологий с использованием ооцитов анонимного донора (№ _____ по каталогу доноров)	Пациент _____ Пациентка _____
Применение вспомогательных репродуктивных технологий с использованием ооцитов неанонимного донора _____ _____ _____ (фамилия, имя, отчество, дата рождения, паспортные данные неанонимного донора)	Пациент _____ Пациентка _____

При применении ВРТ с использованием ооцитов анонимного донора Пациенты обязуются не устанавливать личность донора и не предпринимать попыток к этому, а также не предъявлять претензий к ООО «Изумруд» в случае рождения ребёнка с аномалиями развития или с ярко выраженными фенотипическими признаками, отличающимися от национальности Пациентов.

(подпись)

(Ф.И.О. пациентки)

(подпись)

(Ф.И.О. пациента)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

“ ”

Г.

(дата оформления)