

顕微授精に関する同意書

※記入後、ご提出前にコピーを取り控えとして自身で保管下さい。
本書は受付にご提出下さい。

説明者	説明日	受領者	受領日	控え
	/		/	<input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 郵送

私たち夫婦は、夫婦それぞれの自由な意思の下に一致した意見で顕微授精を受ける事を希望し、医師やスタッフからの説明とIVFファイル等によって下記の事項について充分理解・納得し同意します。治療にあたっては十分な成果が得られるよう貴院の方針に従い副作用の出現時や不測の事態が生じた場合直ちに連絡し適宜必要な処置を受ける事も同意します。

※IVFファイル記載の説明内容とともに下記事項について質問や再確認したいことがなければ、左端の患者欄に☑を入れ、下記に署名して下さい。

(↓患者☑欄)

- 1 顕微授精の具体的な方法について理解し、納得している。☞詳細はIVFファイルをお読みください。
- 2 顕微授精の治療成績について理解し、納得している。☞詳細は初診時配布のはらメディカルクリニック妊娠実績報告、またはHPの当院紹介に掲載していますのでお読みください。
- 3 採卵手術や胚移植は100%安全ではなく手術により予想される合併症がおこる事、また手術に起因する全ての合併症を把握することは不可能であり予想しえない重大な合併症が起こりえることを理解している。顕微授精のリスク・安全性について理解し、納得している。☞詳細はIVFファイルP.58～59をお読みください。
- 4 採卵手術・胚培養中に災害(地震、火災、停電など不可抗力その他当院の責めに帰すべからざる事由)が起きた場合による胚の損傷・紛失に関して当院は一切損害賠償責任を負わないことを理解し納得している。その際、患者様への確認なしに培養士の判断で良好胚のみを凍結保存し、連絡は後日になることを理解し納得している。
- 5 顕微授精において、精子の受精能力が低い、あるいは卵子の質が不良のため、全く受精しない(細胞分裂を起こさない)ことがあることを理解し、納得している。
- 6 破棄処分となる受精しなかった卵、異常受精卵、胚移植・胚凍結に適さない不良卵は培養医療技術発展のため、融解練習、凍結練習、顕微授精練習などに使用される場合があります使用後はただちに責任をもって破棄処分され、他者への胚移植などには使用されないことを理解し納得している。ただし、下記<研究使用の選択項目>において研究利用に同意しない場合はただちに破棄処分とする。

<注意事項>

- ① 治療手技がキャンセルまたは不成功に終わり、妊娠に至らない可能性があることをご了承ください。また、XY精子選別法による治療の場合は、当日ご用意いただいた精子のXY選別ができず、さらにXY選別された凍結精子がない場合は媒精ができませんので採取した卵子は全て破棄されます(未受精卵凍結はできません)その場合でも採卵費用は通常通り発生いたしますのでご注意ください。
- ② この治療は入籍している夫婦(事実婚含む)であることが前提です。採卵し受精させた胚は採卵した女性に移植されます。
- ③ この同意書の提出がない場合は顕微授精を行うことはできません。必ず実施日当日までにご提出下さい。
- ④ この同意書を提出後でも、顕微授精前であればいつでも自由に同意を取り消すことが出来ます。また、医師が治療継続困難と判断した場合、直ちに治療が中止されます。
- ⑤ 顕微授精は標準的な治療であり、実験的な新しい治療法や臨床治験ではありません。
- ⑥ 顕微授精の実施前後のデータは日本産科婦人科学会へ報告の義務があります。また、学術目的のための成績発表の際に治療経過を使用させていただきますが、個人情報保護法にしがたい個人と特定されない形で行います。

SEET法に関する同意申請書

体外受精-胚移植の着床不全の原因のひとつに受精卵と子宮内膜の反応不全があります。この対策としてSEET法があり、①内膜刺激法と②簡易法の2種類があります。①内膜刺激法を行う場合、自身の胚を胚盤胞まで培養した培養液を凍結保存しそれを用います。これは1採卵で1回分しか用意できませんので凍結胚が複数個ある場合でも1回しか実施できません。また凍結期間は1年間とし凍結継続は不可です。①内膜刺激法実施後に胚移植がキャンセルになった場合でも返金や次回の無料振替はしていません。☞詳細はIVFファイルP27をお読みください。

上記を踏まえた上で、私たち夫婦は自身の胚を胚盤胞まで培養した培養液凍結保存を

- 希望しません
- 希望します 胚盤胞培養液凍結費用 ¥11,000 円(税別) 培養液融解+SEET法費用 ¥17,137 円(税別)

上記の事項を充分理解し納得しましたので、顕微授精を同意します。

医療法人社団暁慶会 はらメディカルクリニック

院長 原 利夫殿

〒

同意日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

夫氏名(自署)

妻氏名(自署)

診察券番号()

<研究使用の選択事項>以下のどちらかに必ず☑をしてください。どちらを選択しても不利益が生じることはありません。受精しなかった卵、異常受精卵、胚移植・胚凍結に適さない不良卵は、廃棄処分となりますが、生命には結びつかない段階での研究目的に使用してもよろしいですか?(卵や胚の若返りなどを目的とした研究などに使用します)

- 同意します
- 同意しません