

精巣内精子採取術(TESE)に関する同意書

説明者 (お渡者)	説明日 (お渡日)	受領者	控え 確認
			<input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 当院

「精巣内精子採取術(TESE)に関する説明書」とともに下記事項を 1 つずつ振り返り、質問や再確認したいことがなければ、左端の患者口欄に☑を入れ、下記に署名して下さい。

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

- ①【説明書 1】精巣内精子採取術の適用条件を理解し、納得している。
- ②【説明書 2】精巣内精子採取術について、当日の手術方法と、手術後の来院スケジュールについて理解し、納得している。
- ③精巣内精子採取術によって採取された精子は顕微授精によってのみ妊娠が可能であること、また精子採取の成功率は症例によりことなるが約 15～40%であること。精巣内精子の顕微授精による受精率の現状と、当院での成績については「はらメディカルクリニック妊娠実績報告」を参照し、理解している。
- ④【説明書 3】精巣内精子採取術によって考えられる危険性と副作用について理解し、納得している。
- ⑤【説明書 4】子孫への影響として、無精子症や高度乏精子症の男性 15%に Y 染色体上の精子を造る遺伝子異常があることから、この場合、TESE で生まれた男子には同じ遺伝子が受け継がれ男性不妊となること、染色体異常による男性不妊は、染色体異常が子供に伝わる可能性があることを理解している。
- ⑥精巣内精子採取術にかかる手術費用は 178,091 円(税抜)であることを理解している。
- ⑦【説明書 5】精子が認められた場合の凍結保存方法と費用、凍結保存期間、保存期間の更新方法と費用、最長保存期間、夫が死亡・行方不明の場合の届出の義務、夫婦が離婚した場合の精子の取扱いについては[精子凍結保存及び凍結保存継続に関する説明書]に準ずることを理解している。
- ⑧精子が 1 匹でも見つければ、顕微授精で受精・妊娠する可能性はありますが、精子の受精能力が低い、あるいは卵子の質が不良のため、全く受精しない可能性があることを理解している。

<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。
- ② この同意書の提出がない場合は、精巣内精子採取術を行なうことはできません。必ず実施前までに提出してください。
- ③ この同意書は、今回の精巣内精子採取術のみ適用されます。再び同治療を希望する場合、新たに同意書の提出が必要です。
- ④ 災害(天災、火災など)が起こった場合に生じた、精子の損傷・紛失に関しては、当院に対して異議申し立てはできません。
- ⑤ この同意書を提出後でも、手術前であればいつでも自由に同意を取り消すことができます。また、担当医師が継続困難と判断すれば、ただちに治療が中止されます。
- ⑥ 今回ご説明した精巣内精子採取術は、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。
- ⑦ 患者様の個人情報、個人情報保護法及び当院の規約で取り扱います。治療経過に関する情報は、個人が特定されない形で解析したり、日本産科婦人科学会へ報告することがあります。

上記の事項を充分理解し納得しましたので、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 (_____)