

Приложение № 13
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «11» сентября 2020 г. № 803И

**Форма информированного добровольного согласия
на медицинское вмешательство с применением вспомогательных
репродуктивных технологий и искусственной инсеминации**

Я (Мы), _____

(Ф.И.О., год рождения)

Прошу (просим) провести мне (нам) лечение бесплодия с применением программы вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ):

- экстракорпорального оплодотворения (ЭКО);
- экстракорпорального оплодотворения яйцеклетки путем инъекции сперматозоида в нее (ИКСИ);
- искусственной инсеминации (ИИ) с использованием:
криоконсервированной/не подвергнутой криоконсервации спермы;
криоконсервированных/не подвергнутых криоконсервации ооцитов;
криоконсервированных/не подвергнутых криоконсервации эмбрионов.

Прошу (просим) провести преимплантационное генетическое тестирование эмбрионов/ооцитов.

Мне (Нам) разъяснен порядок проведения лечения программой ЭКО/ИКСИ/ИИ и известно, что:

для лечения может потребоваться не одна попытка прежде, чем наступит беременность;

в процессе лечения могут быть выявлены неизвестные ранее факты, из-за которых, возможно, потребуется изменить план или способ лечения;

лечение может оказаться безрезультатным;

преодоление бесплодия с помощью вспомогательных репродуктивных технологий само по себе не повышает, но и не снижает риск врожденных заболеваний плода;

сперма/ооциты/эмбрионы после криоконсервации и размораживания могут быть непригодны для переноса;

до настоящего времени наука и медицинская практика не располагают достаточным количеством наблюдений для категоричного

заклучения об отсутствии каких-либо вредных последствий замораживания /размораживания половых клеток/эмбрионов для здоровья будущего ребенка.

Мне (нам) объяснено врачом, что для достижения наилучших результатов лечения могут быть использованы лекарственные препараты, в аннотации которых производитель не указывает бесплодие как показание к применению или указывает беременность как противопоказание к применению.

Мне (нам) понятны преимущества и возможные риски применения этих препаратов. На использование этих препаратов я (мы)

- даю(ем) согласие не даю(ем) согласие.

Мои (Наши) половые клетки/эмбрионы, оставшиеся после проведения программ ЭКО/ ИКСИ/ИИ, прошу (просим):

- криоконсервировать
- утилизировать
- донировать

Заявляю(ем), что изложила(и) врачу все известные мне (нам) данные о состоянии моего (нашего) здоровья, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в моей (наших) семье(ях).

Я (Мы) предупреждена(ы) о том, что лечение программой ЭКО/ ИКСИ/ИИ может иметь осложнения, вызванные выполнением процедуры (кровотечение, воспаление, ранение соседних органов) и применением лекарственных препаратов, влияющих на функцию яичников (синдром гиперстимуляции яичников, формирование ретенционных кист яичника, аллергические реакции и другие побочные эффекты лекарственных препаратов, предусмотренные их производителем).

Мне (Нам) известно, что наступившая в результате лечения беременность может оказаться внематочной, многоплодной, а также может прерваться.

Я (Мы) подтверждаю(ем), что внимательно прочла(и) и поняла(и) всю информацию о процедуре, предоставленную мне (нам) специалистами медицинской организации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, его последствиях, а также о предполагаемых результатах.

Я (Мы) имела(и) возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные мне (нам) вопросы в этой области. На все заданные вопросы

