

胚(受精卵)の融解胚移植に関する同意書

私たち夫婦は、不妊症に対し凍結融解胚移植を受けることを希望し、医師から下記の諸点について説明を受け、十分理解し納得したので、同意書を提出し治療に同意します。

なお治療開始後どの段階であっても、私たちの両者もしくはどちらか一方の申し出があれば直ちに治療は中止され、また逆に、医師が治療の継続は困難であると判断した場合にも直ちに治療を中止する可能性があることを了承します。

- 目的、対象及び方法、成績
- 予想されるリスク、負担に関する事項
- 妊娠した場合の出生児へのリスク
- 費用
- 個人情報の保護と守秘義務
- 治療選択の任意性と撤回の自由
- 治療経過に関する情報を、匿名性を保った上で解析あるいは学会報告することがあること
- 自然災害や長時間の停電、あるいは受精卵の脆弱性などにより、受精卵の一部あるいは全部が損傷を受ける可能性があること
- 婚姻関係に変化があった場合(離婚、死別など)、治療に関して夫婦の合意が得られなくなった場合は**必ず**すみやかに当院に連絡すること (保存期間中に夫婦のどちらかが死亡した時、どちらかが廃棄を希望した場合、離婚された場合、女性が生殖年齢(おおむね 50 才)を過ぎた場合、凍結受精卵は廃棄の対象となります)

名越産婦人科&リプロダクションセンター

説明医師:名越 一介

上記内容を理解して、(西暦) 年 月 日の融解胚移植を行うことに同意します。

(西暦) 年 月 日

住所

夫の氏名(自署) _____

妻の氏名(自署) _____

名越産婦人科&リプロダクションセンター 院長 殿

IVF-110-02DL