

胚(受精卵)の融解胚移植に関する同意書

私たち夫婦は、胚(受精卵)の融解胚移植に関し、医師から下記の諸点について説明を受け、かつそれに対する十分な質問の機会を得ました。また、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ること、担当医師が治療の継続は困難であると判断した場合には直ちに治療を中止する可能性があることも理解しました。凍結受精卵の保存期限、延長手続きと廃棄手続きについても承諾しました。

以上のもと、自由な意思に基づき麻酔や手術を含め、胚(受精卵)の融解胚移植を希望し、同意書を提出します。

- 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場合がある
 - 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
 - 婚姻関係に変化があった場合(離婚、死別など)、および治療に関して夫婦の合意が得られなくなった場合、必ずすみやかに当院に連絡すること
- 保存期間中に婚姻関係が無くなった場合や、夫婦の一方もしくは両方が死亡または廃棄を希望した場合、凍結受精卵は廃棄の対象となります。また、女性が生殖年齢(50才を基本とする)を過ぎての延長はできません。

当文書はコピーをとり保存してください。
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

夫署名

妻署名

名越産婦人科&リプロダクションセンター 院長 殿