

採卵術から胚移植術までの一連の治療計画同意書

小嶋ウィメンズクリニック 院長殿

私たち夫婦は、採卵術から胚移植術までの一連の治療計画について以下に関する説明・文書提供・e-ラーニングを受け十分に理解しました。熟慮の上、採卵術から胚移植術までの一連の治療を受けることに同意します。

また、治療に同意できなくなった場合には、すみやかに同意を撤回する意思表示を行います。

- 1 体外受精・顕微授精・胚移植の日本における位置づけと妊娠成績・生児獲得率について
- 2 調節卵巣刺激の準備および調節卵巣刺激の具体的な方法について
- 3 採卵術・麻酔について
- 4 体外受精・顕微授精管理(受精させる方法)について
- 5 受精卵・胚培養管理(初期胚・胚盤胞の作成)について
- 6 胚移植術について(移植する胚の個数は原則1個)
- 7 胚凍結保存管理について
- 8 卵巣過剰刺激症候群、多胎妊娠、流産、子宮外妊娠、児の安全性・先天異常、問題点について
- 9 胚移植を目的に作成した胚が凍結保存されている場合は、新たな採卵は行わないことについて
- 10 妊娠判定の時期について
- 11 カウンセリングの機会および個人情報保護と学会への報告について
- 12 費用について

一連の治療で得られた配偶子・受精卵は該当ご夫婦以外の第三者に譲渡ならびに移植などは行いません。また体外受精・顕微授精を行うことに同意されない場合であっても不利益を受けないこと、同意はいつでも撤回可能であり同意を撤回された場合も不利益を受けることなく今までどおりに診察を受けられることを保障します。不測の事態(地震・風水害などの天災、火災、テロや犯罪の被害、液体窒素の不足、培養器や凍結タンクの故障、その他)によりお預かりしている精子・卵子・胚を遺失する可能性があります。不測の事態が発生した場合は、治療費の返金はできません。ご了承ください。

実施責任医師 小嶋ウィメンズクリニック 院長 小嶋康夫
本田秀美

説明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

同意年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

電話番号 _____

夫(本人自署) _____

妻(本人自署) _____

ID _____

* 提出いただいた後、控えとしてコピーをお渡ししますので大切に保管してください。

* ご質問がある方は、院長よりお答えいたします。お近くのスタッフにお申し付けください。