

## **ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ НА ПРИМЕНЕНИЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ СПЕРМЫ АНОНИМНОГО ИЛИ НЕАНОНИМНОГО ДОНОРА**

Настоящий документ составлен с целью реализации права Пациента на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство в соответствии со ст.20, 22 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и п.4 Приказа Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 №803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказания и ограничениях к их применению» для принятия Пациентом осознанного и добровольного решения о получении медицинского вмешательства с применением вспомогательных репродуктивных технологий и представлен информацией, содержащейся в п.54-55, 58-60, 62 Приказа Министерства здравоохранения РФ № 803н от 31 июля 2020 г. «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» и приложениях к нему.

Я(мы), \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(ФИО, полная дата рождения. Номер паспорта, когда и где выдан, адрес регистрации)

получила(и) сведения о состоянии моего(нашего) здоровья, а также необходимом и подлежащем выполнению, в связи с этим, объемом диагностических и лечебных манипуляций и вмешательств.

Я(мы) приняла(и) решение о проведении лечения бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий, для чего мной(нами) до подписания настоящего Информированного добровольного согласия оформлено и подписано Информированное добровольное согласие на применение вспомогательных репродуктивных технологий в объеме базовой программы экстракорпорального оплодотворения.

Я(мы) подтверждаю(ем), что в доступной и понятной форме получили нижеследующую информацию:

**Вспомогательные репродуктивные технологии** представляют собой методы лечения бесплодия, при применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма (в том числе с использованием донорских и/или криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также суррогатного материнства).

**Донорство спермы** – использование спермы мужчины-донора для оплодотворения ооцитов пациентки/донора в программах ВРТ. Донорами спермы имеют право быть мужчины в возрасте от 18 до 35 лет, физически и психически здоровые, прошедшие медико-генетическое обследование, с нормальными показателями спермограммы. Доноры спермы могут быть как неанонимными, так и анонимными. Доноры предварительно проходят обязательное обследование по Приказу МЗ РФ № 803н от 31.07.2021. Разрешается применение только криоконсервированной донорской спермы после получения повторных (через 6 месяцев после криоконсервации) отрицательных результатов обследования донора (исследование уровня антител классов М, G к ВИЧ-1/2 совместно с определением антигена р24; определение антител к поверхностному антигену (HBsAg) вируса гепатита В или определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В в крови; определение суммарных антител классов М и G к вирусу гепатита С; определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) в крови).

**Показаниями для использования спермы донора в программе ВРТ являются:** азооспермия, тяжелая олигозооспермия, и другая выраженная патозооспермия; нарушения эякуляции у мужа/партнера; повторная неэффективность программ ЭКО/ИКСИ с использованием спермы мужа/партнера; наследственные заболевания у мужа/партнера; наличие неизлечимой инфекции, передаваемой половым путем у мужа/партнера; отрицательный Rh-фактор при тяжелой Rh-изоиммунизация у жены/партнерши при наличии положительного Rh-фактора у мужа/партнера; отсутствие полового партнера у женщины.

Я(мы) приняли решение о проведении лечения бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий с использованием спермы донора основываясь на предоставленной лечащим врачом к моменту подписания настоящего информированного добровольного согласия полной информации о количественных и качественных характеристиках эякулята, преимуществах и недостатках использования спермы мужа (партнёра) или донора, а также: при принятии решения об использовании спермы анонимного донора - после ознакомления со списком доноров спермы с указанием информации о внешних данных донора (рост, вес, цвет глаз, цвет волос, форма носа, ушей и иных), его расы и национальности, результатов медицинского, медико-генетического обследования анонимного донора; при принятии решения об использовании спермы неанонимного донора - после ознакомления с результатами медицинского, медико-генетического обследования неанонимного донора.

Я подтверждаю, что:

- внимательно прочитала(и) и поняла(и) всю информацию о предстоящем лечении, о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ним риске, его последствиях, а также предполагаемом результате;
- имела(и) возможность обсудить с врачом все интересующие или непонятные вопросы в этой области. На все заданные вопросы получила(и) удовлетворившие ответы;
- мне(нам) понятен смысл всех терминов, употребляемым в данном Согласии;
- осознаю(ем), что хоть предложенный вариант медицинской манипуляции имеет определенные преимущества в сложившейся клинической ситуации, тем не менее, он является своего рода вмешательством в биологический организм и, как любая другая манипуляция, не может иметь стопроцентную предсказуемость даже при идеальном выполнении всех клинических и технологических этапов и может не привести к ожидаемому результату.

**Получив полную информацию о целях, методах медицинского вмешательства при лечении бесплодия методами ВРТ с использованием спермы донора, связанном с ним риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах, добровольно и осознано приняла(и) решение и доверяю(ем) лечащему врачу, лицу, выполняющему обязанности лечащего врача, а также среднему медицинскому персоналу ООО «Изумруд» выполнение необходимых и показанных медицинских манипуляций, в том числе:**

<b>ВИДЫ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА</b>	<b>СОГЛАСИЕ/ПОДПИСЬ</b>
Применение вспомогательных репродуктивных технологий с использованием спермы анонимного донора (№ _____ по каталогу доноров)	Пациент _____ Пациентка _____
Применение вспомогательных репродуктивных технологий с использованием спермы неанонимного донора _____ _____ (фа миллия, имя, отчество, дата рождения, паспортные данные неанонимного донора)	Пациент _____ Пациентка _____

При применении ВРТ с использованием спермы анонимного донора Пациенты обязуются не устанавливать личность донора и не предпринимать попыток к этому, а также не предъявлять претензий к ООО «Изумруд» в случае рождения ребёнка с аномалиями развития или с ярко выраженными фенотипическими признаками, отличающимися от национальности Пациентов.

_____	_____
(подпись)	(Ф.И.О. пациентки)
_____	_____
(подпись)	(Ф.И.О. пациента)
_____	_____
(подпись)	(Ф.И.О. медицинского работника)
“ _____ ”	_____ Г.