

顕微授精 - 胚移植法*₁(ICSI-ET)の同意書

*1:採卵前の検査、卵巣刺激、採卵、胚移植後の黄体補充、妊娠判定結果による管理を含みます。

私達夫婦は顕微授精 - 胚移植法について、医師やスタッフからの説明と文書によって下記の事項について十分理解し、納得した上で、顕微授精 - 胚移植法を受けることに同意します。
治療にあたっては十分な成果が得られるよう、貴院の方針に従います。
また、副作用の出現時や不測の事態が生じた場合、適宜必要な処置を受けることにも同意します。

*** 別紙『絹谷産婦人科 生殖補助医療説明書集』とともに下記事項を1つずつ振り返り、質問や再確認したいことがなければ、左端の患者口欄に☑を入れ、下記に署名して下さい。**

(↓患者☑欄)

- 1) 顕微授精 - 胚移植法の具体的方法について。
- 2) 顕微授精 - 胚移植法以外の方法。特に、余剰胚凍結、全胚凍結について。
- 3) 顕微授精 - 胚移植法による妊娠率・出生率の現状と、当院での成績について。
採卵できない、または採卵後の卵子や精子の状態によっては、全く受精しないこともあること。
- 4) 顕微授精 - 胚移植法によって考えられる危険性と副作用について。特に、卵巣過剰刺激症候群(OHSS)、採卵による腹腔内出血、双子以上の妊娠、その可能性と危険性について。
- 5) 顕微授精 - 胚移植にかかる費用について。(料金一覧表参照)

<注意事項>

- ① この治療は夫婦であることが前提です。ただし、夫婦関係に変更があった場合(離婚、事実婚の解消、事実婚夫婦の婚姻等)には、速やかに当院へ連絡してください。
- ② この同意書の提出がない場合は、顕微授精 - 胚移植法を行うことはできません。
必ず採卵日までに提出してください。
- ③ この同意書は、今回の顕微授精-胚移植用です。今回の治療後に、再び同じ治療を希望する場合、その都度、同意書の提出が必要です。
- ④ 顕微授精において、精子の受精能力が低い、あるいは卵子の質が不良のため、全く受精しない(細胞分裂を起こさない)ことがあります。
- ⑤ 採卵後の卵子、精子、胚の通常の培養作業中や、災害(天災、火災など)時に不可抗力によって生じ得る損傷・喪失に関して、当院は責任を負いません。
- ⑥ この同意書を提出後でも、治療開始前であればいつでも自由に同意を取り消すことができます。
また、担当医師が継続困難と判断すれば、ただちに治療が中止されます。
- ⑦ 今回ご説明した顕微授精 - 胚移植法は、標準的な治療であり、実験的な新しい治療法や臨床治験ではありません。
- ⑧ 患者様の個人情報、個人情報保護法及び当院の規約で取り扱います。治療経過に関する情報は、個人が特定されない形で解析したり、日本産科婦人科学会へ報告することがあります。

施設責任者 絹谷産婦人科 院長 絹谷 正之

説明日 年 月 日 説明者【 】

同意年月日： 年 月 日

住所： _____

電話番号： _____

夫氏名(自署)： _____

妻氏名(自署)： _____

<選択事項> (必ずどちらかに○をしてください。どちらを選択しても不利益が生じることはありません。)

- ・受精しなかった卵、異常受精卵、胚移植・胚凍結に適さない不良卵は保管終了となりますが、一部研究に使用する場合があります。

研究使用に、 同意します。 同意しません。

同意書(写)受領サイン【 / 】

*** 提出していただいた後、患者様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。**