

凍結精子の融解使用の同意書

私達は、現在凍結保存中の精子を融解し、私達の不妊治療に使用することに同意します。

尚、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、納得しました。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。

*別紙『精子凍結保存・融解についての説明書』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、左端の患者欄にを入れ、下記に署名してください。

(↓患者欄)

1) 凍結精子融解後の人工授精または体外受精・胚移植や顕微授精の治療を行うこと。

2) 凍結精子を融解した後の運動率や生存率について。

融解した精子の状態によっては治療に使用できず、精子は廃棄処分になること。

また、凍結した精子がごく少量(数個)の場合、融解しても精子が見つからず治療を行えない場合があること。

3) 凍結融解精子を使用した治療の成績について。

4) 児へのリスクについて。

<注意事項>

①この同意書の提出がない場合は、凍結精子を融解することはできません。必ず当日提出してください。

②この同意書は、今回予定している不妊治療の精子融解用です。今後も精子融解を希望する場合は、その都度、凍結精子の同意書を提出していただきます。

③離婚、事実婚の解消、パートナー関係の解消があった場合、精子は廃棄されることに承諾します。

④夫または妻またはパートナーが死亡した場合、精子は廃棄されることに承諾します。

⑤災害(天災、火災など)が起こった場合に生じる、精子の損傷・紛失の場合、保管料の返金は致しません。

⑥この同意書を提出後でも、治療開始前であれば自由意思で同意を取り消すことができます。

⑦今回ご説明した凍結融解精子を用いた治療は、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、治療に関する情報は個人が特定されない形で学会報告、論文発表で使用させていただくことがあります。

施設責任者 医療法人社団 愛慈会 理事長 松本 玲央奈
松本 和紀

説明日 _____年 _____月 _____日

説明者【 _____ 】

同意年月日： _____年 _____月 _____日
住所： _____
電話番号： _____
本人氏名(自署)： _____
同意年月日： _____年 _____月 _____日
住所： _____
電話番号： _____
配偶者氏名(自署)： _____ (本人との続柄： _____)

※自署を代筆することはできません。無断で代筆した場合、当院は一切責任を負いません。

※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下さい。