



מרכז רפואי ע"ש ברוך פדה, פוריה  
The BARUCH PADEH Medical Center, PORIYA

מס' זהות:	שם פרטי:
שם משפחה:	תאריך לידה:
שם האב:	
כתובת:	
טלפון:	

**מדבקת פרטי מטופל**

## טופס הסכמה: מספר העוברים שיוחזר לגוף האישה

### NUMBER OF EMBRYOS IMPLANTED IN MOTHER

החזרת עוברים (ביצית/יות מופרית/רות) לגוף האשה (לרחם או לחצוצרה) הינה פעולה הנעשית כחלק מהפרייה חוץ גופית (IVF).

שם האשה: \_\_\_\_\_

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
_____	_____	_____	_____

שם הבעל: \_\_\_\_\_

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.
_____	_____	_____	_____

אני/ו מצהירה/ים ומאשרת/ים בזאת שקיבלתי/נו הסבר מפורט בעל פה מד"ר \_\_\_\_\_

שם פרטי	שם משפחה
_____	_____

כי בעקבות ההפרייה החוץ גופית נוצרו \* \_\_\_\_\_ עוברים. מספר העוברים שיוחזרו יהיה בכפוף להנחיות משרד הבריאות ובהתאם להמלצות האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה.

לאחר שהוסברו לי הסיכונים והסיכויים הצפויים בהריון מרובה עוברים על כל השלכותיו, המפורטים גם בסעיף 8 לטופס ההסכמה להפריה חוץ גופית (IVF), אני/ו מסכימה/ים ומבקשת/ים בזאת להחזיר לגוף האשה \* \_\_\_\_\_ עוברים (להלן: "הטיפול").

אני/ו יודעת/ים ומסכימה/ים לכך שהטיפול ייעשה בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות של המוסד וכי לא הובטח לי שייעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שייעשו באחריות המקובלת במוסד בכפוף לחוק.

תאריך	שעה	חתימת האשה	חתימת הבעל/בן הזוג
_____	_____	_____	_____

אני מאשרת/ כי הסברתי בעל פה לאשה ולבעלה/בן זוגה \*\* את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא/הוא חתמה/ו על הסכמתה לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

שם הרופא	חתימת הרופא	מס' רישיון
_____	_____	_____

\* ציין/י מספר העוברים בכתב ברור וקריא.  
\*\* מחק/י אם מיותר.

מחלקת נשים ויולדות

ההסתדרות הרפואית בישראל  
האיגוד הישראלי למיילדות וגינקולוגיה

