

# 卵子(未受精卵)凍結のための採卵に関する同意書

※記入後、ご提出前にコピーを取り控えとして自身で保管下さい。  
本書は受付にご提出下さい。

| 受領者 | 受領日 | 控え  |
|-----|-----|---|
|     | /   | <input type="checkbox"/> 患者<br><input type="checkbox"/> 当院<br><input type="checkbox"/> 郵送 |

私は、もしくは私たち夫婦は自由な意思の下に一致した意見で卵子(未受精卵)凍結に向けた採卵手術を受ける事を希望し、医師やスタッフからの説明と配布資料等によって下記の事項について充分理解・納得し同意します。また、緊急の事態が発生した場合には、それに対する処置も受けることに同意します。

※配布資料記載の説明内容とともに下記事項について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 採卵手術に対しての具体的な方法について理解し、納得している。
- 2 卵子(未受精卵)凍結の治療成績について理解し、納得している。
- 3 採卵手術のリスク・安全性について理解し、納得している。採卵手術は100%安全ではなく手術により予想される合併症がおこる事、また手術に起因する全ての合併症を把握することは不可能であり予想しえない重大な合併症が起こりえることを理解している。また使用する麻酔薬などにより呼吸抑制、血圧低下等が見られることがある。発生頻度は極めて低い緊急の処置が必要となった場合、医師の判断にて診療行為を行うことを理解し、納得している。
- 4 卵胞発育の状態は内診や採血だけではわからないことがあり次のような状況になる場合がある①採卵当日の排卵済、②採卵しても卵胞内に卵子(未受精卵)が育っていないため、卵子(未受精卵)が回収できない空胞、③回収した卵子(未受精卵)の未成熟。③の場合は採取後に成熟卵に発育する場合もある。これらについて理解し納得している。
- 5 凍結した卵子(未受精卵)を融解し受精を希望する場合、その方法は顕微授精となることを理解し、納得している。
- 6 採卵手術中・凍結保管中に災害(地震、火災、停電など不可抗力その他当院の責めに帰すべからざる事由)が起きた場合による卵子(未受精卵)の損傷・紛失に関して当院は一切損害賠償責任を負わないことを理解し納得している。
- 7 破棄処分となる不良卵は培養医療技術発展のため、融解練習、凍結練習、顕微授精練習などに使用される場合があります使用後はただちに責任をもって破棄処分され、他者への胚移植などには使用されないことを理解し納得している。ただし、下記<研究使用の選択事項>において研究利用に同意しない場合はただちに破棄処分とする。

<注意事項>

- 1 治療手技がキャンセルまたは不成功に終わり、卵子(未受精卵)採取に至らない可能性があることをご了承ください。その場合でも採卵費用は発生いたしますのでご注意ください。
- 2 この同意書の提出がない場合は採卵手術を行うことはできません。必ず実施日当日までにご提出下さい。この同意書を提出後でも、採卵手術前であればいつでも自由に同意を取り消すことが出来ます。
- 3 医師が治療継続困難と判断した場合、直ちに治療が中止されます。また、学術目的のための成績発表の際に治療経過を使用させていただきますが、個人情報保護法に従い、個人と特定されない形で行います。
- 4 採取された卵子(未受精卵)の所有権は卵子を採取した当人のみであり、婚姻関係であっても夫に所有権はないことを理解し納得している。

<研究使用の選択事項>

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。

研究使用に 同意します ・ 同意しません。

上記の事項を充分理解し納得しましたので、採卵手術に同意します。

医療法人社団暁慶会はらメディカルクリニック

院長 宮崎 薫殿

同意日\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

〒 \_\_\_\_\_

卵子(未受精卵)凍結本人氏名(自署)

診察券番号 ( )

配偶者氏名 (自署) \*婚姻している場合のみ