

Postadresse:
Sykehuset Telemark HF
Postboks 2900 Kjørbekk
3710 SkienBesøksadresse:
Aallsgate 41
3922 PorsgrunnTelefon: 35005820
Telefaks: 35005827Elektronisk meldingstjeneste:
CRYPHO, se våre nettsider på
www.sthf.no for informasjon.**Personalialia kvinne:****Personalialia mann:**

Samtykke til assistert befruktning

(jmf Bioteknologiloven (LOV-2003-12-05-100) og Forskrift om håndtering av humane celler og vev (FOR-2015-12-07-1430))

Vi søker **Fertilitetsavdelingen Sør** om hjelp til å få barn ved assistert befruktning. Vi er gift/i ekteskapslignende forhold stabilt samboende, og er ikke i stand til å få barn uten denne behandlingen. Vi har mottatt muntlig og skriftlig informasjon fra Fertilitetsavdelingen Sør.

Dersom behandlingen er inseminasjon (IUI) erklærer vi at:

1. Vi samtykker til å ta medisiner og evt. bedøvelsesmidler som er nødvendig for behandlingen.
2. Vi samtykker i at det registreres foto, personlige opplysninger og helseopplysninger om oss, behandlingsforløpet, prosessering og oppbevaring av celler i avdelingens interne fagsystem (kalt "donorregister" i FOR 1430 kap.9), og videre at alle opplysninger i donorregisteret som er nødvendige for å etterkomme krav om sporbarhet og dokumentasjon som angitt i § 27, 40, 48 og 51 i FOR 1430 skal være tilgjengelige i opp til 30 år etter klinisk bruk eller utløpsdato uavhengig av deres eventuelle ønske om å få slettet opplysningene.
3. Vi er informert om at det ikke er sikkert at svangerskap oppstår som følge av behandlingen. Vi er inneforstått med at behandlingen også kan resultere i spontanaborter, svangerskap utenfor livmoren og andre svangerskapskomplikasjoner.
4. Vi er informert om at behandlingen kan bli avbrutt underveis.
5. Vi er informert om adopsjon som mulig alternativ til behandling med assistert befruktning.
6. Fertilitetsavdelingen Sør er ansvarlig for å oppbevare og prosessere cellene våre på en forsvarlig måte, men er ikke ansvarlig for tap som følge av for eksempel teknisk svikt og uhell under oppbevaring og prosessering.
7. Vi bekrefter at vi har hatt anledning til å overveie innholdet av dette dokument i minst 2 dager, og til å be om ytterligere opplysninger.

Dersom behandlingen er befruktning utenfor kroppen (IVF/ICSI) erklærer vi **i tillegg til pkt 1-7** at:

8. Vi er informert om at behandlingen innebærer
 - a. Forbehandling av kvinnen hvor hun blir tilført hormoner og andre medisiner.
 - b. Uthenting av ett eller flere egg fra kvinnens eggstokker ved hjelp av ultralydveiledet operasjon.
 - c. Befruktning av eggene med sædceller og eventuell kirurgisk uthenting av disse.
 - d. Oppbevaring og prosessering av celler inntil disse blir tilbakeført til kvinnen i paret eller fryst ned.
 - e. Utvelgelse av cellene som etter avdelingens vurdering gir størst mulighet for å oppnå graviditet.
 - f. Tilbakeføring av ferske og tinte befruktete egg til kvinnen i paret.

Dato for utskrift: 15.10.2019

9. Vi er informert om at behandlingen kan bli brutt før uthenting av egg av medisinske grunner (f.eks avvikende respons på hormonbehandlingen) eller etter egguttak (f.eks ingen egg, manglende befruktning, redusert eggkvalitet eller teknisk svikt).
10. Vi samtykker i den operative behandling som er nødvendig som en del av behandlingsopplegget eller som en følge av dette. Vi er informert om bivirkninger som overstimulering av eggstokker, og at det i forbindelse med kirurgisk egguthenting av eggceller og sædceller kan forekomme blødninger og infeksjoner.

Dette samtykket til assistert befruktning gjelder:

Kun IUI: Kun IVF/ICSI: Begge (kun kryss dersom mottatt informasjon om begge):

Sted og dato: _____

Signatur Kvinne: _____ Signatur Mann: _____

- **Nytt samtykke signeres før hver egguthenting/IUI og sendes til Fertilitetsavdelingen Sør.**
- **Paret får ikke time til egguttak/IUI før underskrevet samtykke foreligger i avdelingen.**
- **Dersom behandlingen endres fra IVF/ICSI til IUI eller omvendt under behandlingsforløpet kan nytt samtykke bli nødvendig**

Samtykke til videre bruk av celler som ihht. kvalitetskrav ikke oppfyller betingelser for behandling (jmf. bioteknologiloven § 2-14)

Vi samtykker med dette i at ubefruktede egg som ikke egner seg for IVF/ICSI samt overtallige befruktede egg som ikke er av god nok kvalitet for tilbakeføring eller nedfrysing, kan brukes ved Fertilitetsavdelingen Sør til opplæring og kvalitetssikring av etablerte metoder for assistert befruktning ved laboratoriet. Cellene destrueres deretter.

JA, vi samtykker NEI, vi samtykker ikke

Sted og dato: _____

Signatur Kvinne: _____ Signatur Mann: _____

Samtykke til registrering av opplysninger om svangerskap etter assistert befruktning

Medisinsk Fødselsregister registrerer i dag opplysninger om alle fødsler i Norge. For å kvalitetssikre assistert befruktning er det viktig å vite om svangerskap og fødselsforløp er som hos alle andre. Medisinsk Fødselsregister har derfor opprettet et eget register for opplysninger om svangerskap etter assistert befruktning der følgende opplysninger blir registrert:

Antatt årsak til barnløsheten, hvor lenge man har prøvd å få barn, hvilken behandlingsmetode som er brukt, hvor mange befruktete egg som er tilbakeført, hvor mange fosteranlegg som ses ved første ultralydundersøkelse, svangerskapets forløp og forløsningsmetode, kjønn og helsetilstand for de fødte barna,

For at Medisinsk Fødselsregister skal kunne koble assistert befruktning til informasjonen om svangerskapet må de vite hvilke svangerskap det gjelder. Da må vi kunne oppgi ditt navn og fødselsnummer.

Dersom du **ikke** ønsker at ditt navn skal kobles til behandlingen og svangerskapet som blir registrert i Medisinsk Fødselsregister, vil vi sende slik melding anonymisert. Da er registeret imidlertid avskåret fra å benytte ditt svangerskap som grunnlag for å vurdere sikkerheten i forbindelse med assistert befruktning. Vi håper derfor at du vil gi ditt samtykke under.

De innsamlede opplysninger behandles strengt konfidensielt. Eventuelle publikasjoner vil alltid være anonyme. Forskere har bare tilgang til disse dataene etter særskilt tillatelse.

Jeg samtykker til at navn og fødselsnummer kan sendes til Medisinsk Fødselsregister

Jeg ønsker **ikke** at navn og fødselsnummer skal sendes til Medisinsk Fødselsregister

Sted og dato _____

Kvinnens navn (blokkbokstaver) _____

Signatur Kvinne _____