



ÜREMEYE YARDIMCI TEDAVİ (ÜYTE) UYGULANACAK ÇİFTLERİN İZİN BELGESİ FORMU



Dokuman No: ÜYTE.RB.02 | Yayın Tarihi: 14.05.2019 | Rev.No: 00 | Rev.Tarihi: | Sayfa No2/1

İn vitro Fertilizasyon ve Embrio Transferi Merkezleri Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik başlığı altında, 19 Kasım 1996 tarih ve 22822 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanmış olan ÜYTE (Üremeye Yardımcı Tedavi) uygulanacak çiftlere ait izin belgesi.

KİMLİK BİLGİLERİ

KADIN

ERKEK

Soyadı :
Adı :
Baba Adı :
Doğum Yeri :
Doğum Yılı :

NÜFUSA KAYITLI OLDUĞU

İl :
İlçe :
Köy-Mahalle :
Cilt :
Hane :
Sayfa :

UYGULAMADAN ÖNCE GÖREVLİ DOKTORUN AÇIKLAMASI:

ÜYTE işlemlerinin tıbbi sonuçları, muhtemel komplikasyonları, ağırlığı ve önemi embriyonun nasıl saklanacağı ve sadece kendilerinde kullanılacağı, rıza ve izin almaksızın her iki işlemin yapılamayacağı, rıza ve iznin kapsamı ve konusu ÜYTE uygulanacak kişiye ve eşine anlatıldı.

Tarih:...../...../20.....
Görevli Doktor (Adı, Soyadı, İmza)

RIZA BEYANI

Uygulamadan önce, görevli tabibin bütün açıklamalarını dinledik ÜYTE işlemine rıza ve iznimiz olmadan girilmeyeceği, bu işlemin tıbbi sonuçları ve muhtemel komplikasyonları bize etraflıca anlatıldı.

1. İşlemin başarı garantisinin olmadığını,
2. Oosit alınması esnasında uygulanacak aspirasyon ve diğer işlemlerin risklerinin olduğunu,
3. Muhtemel fetal anomali riskinin olduğunu ve gebelik oluştuğunda, gerektiğinde anomalileri araştırmak için uygulanacak testlerin risklerini özellikle anlattık. Bu konuda sorumlulukların bize ait olduğunun bilincinde olduğumuzu, hiçbir şiddet, tehdit, telkin ve maddi veya manevi baskı altında kalmaksızın ÜYTE işlemine kabul ettiğimizi ve kendimize ait embriyoların dondurularak müteakip aylarda kullanılmak üzere üç yılı geçmemek şartıyla klinikte saklanmasına, saklama süresinin sonunda veya ikimizden birinin ölümü veya boşanmamızın hükmen sabit olması halinde veya talebimiz halinde bu süreden önce saklanan embriyoların derhal imha edileceğine izin verdiğimizizi, doğacak sonuçları gerek birbirimiz ve gerek tabip ve hastane aleyhine kullanmayacağımızı ve bu işlemlerle ilgili uygulamalara izin verdiğimizizi beyan ederiz.

Tarih:...../...../20.....

KADIN

KOCA

ÜYTE işlemi ile ilgili iş bu izin belgesi huzurumda düzenlendi.

Tarih:...../...../20.....
Görevli Doktor (Adı, Soyadı, İmza)



ÜREMEYE YARDIMCI TEDAVİ (ÜYTE) UYGULANACAK ÇİFTLERİN İZİN BELGESİ FORMU



Dokuman No: ÜYTE.RB.02	Yayın Tarihi: 14.05.2019	Rev.No: 00	Rev.Tarihi:	Sayfa No2/2
------------------------	--------------------------	------------	-------------	-------------

Tedavi Programına katılacak çiftlerin dikkatine;

MUVAFKATNAME

Ben..... ve ben18 yaşını doldurduğumuzu ve yasalar önünde reşit sayıldığımızı bildiririz. Nüfus cüzdanı örneklerimizi de kapsayan evlilik cüzdanımızın tasdikli fotokopisi ilişiktir.

Dosyamızın tamamlanıp uygun tedavi protokolüne başlanabilmesi için gereken tüm ayrıntılı tetkiklerin yapılmasını kabul ediyoruz.

Tedaviye başlarken adet düzeninin ayarlanması ve/veya yumurtalıkların uyarılması için hormon içeren ilaçlar kullanılır. Bu ilaçların bazıları sprey olarak burundan, bazıları enjeksiyon şeklinde adaleye kalçadan veya cilt altına kol ya da göbek çevresinden uygulanır. Tüm enjeksiyonlarda olduğu gibi; enjeksiyon anında acı, sonradan sızı, bazen kızarıklık, kabarıklık olabilir.

Bazı kişilerde bu ilaçların kullanımı sonucu yumurtalıkların boyutları aşırı büyür, vücutta sıvı toplanması özellikle alt batında yoğunlaşır karın ağrısı olabilir. Yumurtalıkların aşırı uyarılması (ovarian hyperstimulation syndrom) olarak adlandırılan bu düşük olasılıklı komplikasyon sırasında genellikle yatak istirahati yapılması yeterlidir. Çok nadirde olsa hastaneye yatmak gerekebilir. Böyle durum karşısında doktorumuzun uyarılarına tam olarak riayet edeceğiz. Bazı durumlarda da yumurtalıklar ilaçlara hiç yanıt vermez. Tedavinin kesilip kesilmeyeceği, gelecekte neler planlanacağı doktora danışılır.

Yumurta toplama işlemi, hastanın durumuna göre doktorun aldığı karar doğrultusunda hafif bir sedasyon veya genel anestezi altında yapılır.

Kadından yumurtaların toplandığı gün erkekten de spermler alınır. Bu konuda önceden doktordan tüm bilgiler elde edilir. Bazen spermler yumurtaları döleyemez veya az sayıda döllenme olur. Doktorun ve/veya embriyoloğun önerileri göz önüne alınarak tekrar sperm istenebilir.

Transfer edilecek embriyonun sayısı her hastada aynı olmayabilir. Hastanın yaşı ve daha önce programa katılma sayısı arttıkça transfer edilecek embriyo sayısı artabilir. Embriyo sayısı arttıkça da çoğul gebelik olasılığı artar. Çoğul gebelik rizikolu gebelikler arasında yer alır.

Bu aşamalarda alacağımız kararlar doktorumuzun önerileri doğrultusunda olacaktır. Transfer edilecek embriyo sayısı kararlaştırılacak, eğer çoğul gebelik gelişirse fetüs sayısının azaltılması planlanacaktır.

Embriyo transferlerinden sonra embriyolar rahim dışına yerleşip bir dış gebelik olgusuna yol açabilir. Uygun olmayan bir bölgedeki gebelik kesesi yırtılıp ağrı, kanama gibi yakınmalara yol açabilir. Bu yüzden embriyo transferi sonrasında yakın izlemde olmamız gerektiğinin bilincindeyiz. Doktorumuzla sürekli iletişimde olmaya özen göstereceğiz.

Yardımla üreme teknikleri sonucu gebelik oluştuğunda, fetal anomali olasılığı, normal gebelikten fazla değildir. Ancak çok yeni bir yöntem olan ICSI ile ilgili yeterli veri henüz yoktur. Bu nedenle doktorumuzun fetüs ile ilgili önereceği tüm araştırma yöntemlerini yaptırmayı kabul ediyoruz.

Düşük yapma olasılığını biliyor ve böyle olasılık karşısında derhal doktorumuzla iletişim kurup yatak istirahati, hastaneye yatış ve benzeri önlemler alacağız.

Ben..... ve benyapılacak girişimler ve izlenecek tedavi ile ilgili tüm açıklamaları doktorumuzdan aldık. Girişimlerin riskleri, olası komplikasyonları, ilaçların yan etkileri, başarı olasılığının düşüklüğü bize açıklandı.

Ben..... ve ben yardımla üreme konusunda yukarıdaki tüm bilgilere sahibiz ve herhangi bir sorunumuzu doktorumuza her an danışabileceğimizi biliyoruz. Tedavinin her türlü sonucunu doktorumuza her an danışabileceğimizi biliyoruz. Tedavinin her türlü sonucunuzu kabul ediyor ve herhangi bir hak iddia etmeyeceğimizi taahhüt ediyoruz.

Adı Soyadı :..... Koordinatör :.....

Adı Soyadı :..... Doktor :.....