

顕微授精-胚移植法*1 (ICSI-ET) の同意書

*1：採卵前の検査、卵巣刺激、採卵、胚移植後の黄体補充、妊娠判定結果による管理を含みます。

私たち夫婦は、顕微授精-胚移植法について、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に理解し、納得したうえで、顕微授精-胚移植を受けることを同意します。

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。

また、副作用の出現時や不測の事態が生じた場合、適宜必要な処置を受けることにも同意します。

(□にチェックをお願いします)

顕微授精-胚移植法の具体的方法はどのようなものか理解しました。

顕微授精-胚移植法以外の方法（余剰胚凍結、全胚凍結）について理解しました。

顕微授精-胚移植法による妊娠率・出生率の現状について理解しました。

採卵後の卵子や精子の状態によっては、全く受精しないこともあることを理解しました。

顕微授精-胚移植法によって考えられる危険性と副作用（特に卵巣過剰刺激症候群（OHSS）、採卵による腹腔内出血、双子以上の妊娠の可能性とその危険性）について理解しました。

顕微授精-胚移植にかかる費用について（体外受精に関わる費用一覧 参照）理解しました。

下記の注意事項について理解しました。

- ・この治療は夫婦であることが前提です。
- ・この同意書の提出がない場合は、顕微授精-胚移植を行うことは出来ません。必ず採卵当日までにご提出をお願いいたします。
- ・この同意書は、今回の顕微授精-胚移植用です。今回の治療後に再び同じ治療を希望する場合、その都度同意書の提出をお願いいたします。
- ・災害などの不測の事態が生じた場合には、卵、精子、胚への影響を回避できないこともあり得ます。
- ・この同意書を提出した後でも、治療開始前であればいつでも自由に同意を取り消すことができます。また担当医師が継続困難と判断すれば、ただちに治療が中止されます。
- ・今回説明した顕微授精-胚移植法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。
- ・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ます。治療経過に関する情報は、個人が特定されない形で解析、もしくは日本産科婦人科学会へ報告することがあります。

足立産婦人科クリニック 院長

説明日 20 年 月 日

説明者【 】

同意年月日：20 年 月 日

住所：〒

電話番号：

夫氏名（自署）：ID 氏名

妻氏名（自署）：ID 氏名

* 提出していただいた後、患者様控えをお渡ししますので、大切に保管してください。