

Samtykke In Vitro Fertilisering (IVF), kvinne

etter Bioteknologiloven av 5.desember 2003, nr 100

1. Jeg samtykker til at LIVIO IVF-klinikken Oslo hjelper meg til å oppnå graviditet ved assistert befruktning (In Vitro Fertilisering). Medisinsk utredning tilsier at jeg høyst sannsynlig ikke er i stand til å få barn uten denne behandling.
2. Jeg er blitt informert av LIVIO IVF-klinikken Oslo og er innforstått med at metoden vil innebære behandling av kvinnen med hormoner og andre medisiner, uthenting av forsøksvis et eller flere egg fra kvinnens eggstokker, befruktningsforsøk av eggene med metodene standard IVF og/eller ICSI (mikroinjeksjon) ut fra en faglig vurdering, oppbevaring av de befruktede eggene inntil disse etter medisinsk vurdering er tilstrekkelig utviklet for tilbakeføring til kvinnen, utvelgelse av de befruktede egg som etter klinikkens mening synes å være best egnet for tilbakeføring til livmoren, tilbakeføring av det antall befruktede egg til kvinnen som etter dagens praksis ved klinikken gir størst mulighet for svangerskap med lav risiko for flerlinger.
3. Jeg samtykker til ovennevnte fremgangsmåte og til at det blir gitt medisiner og bedøvelsesmidler som måtte være nødvendig.
4. Jeg samtykker til den operative behandling som måtte være nødvendig som en del av behandlingsopplegget eller som følge av det. Jeg er innforstått med at behandlingen iblant må avbrytes på medisinsk grunnlag.
5. Jeg er informert om risiko ved behandlingen som f.eks infeksjon, blødning, overstimulering, cystedannelse og eventuell langtidsrisiko.
6. Jeg forstår og aksepterer at det ikke er sikkert at svangerskap vil oppstå som følge av behandlingen. Jeg er innforstått med at denne behandling kan resultere i spontanabort, svangerskap utenfor livmoren, flerlinge svangerskap og for tidlig fødsel.
7. Jeg er innforstått med at det under behandlingen eller senere kan fremkomme kunnskap om mitt barnløshetsproblem som kan minske verdien av behandlingen eller tidligere behandlinger. Jeg er innforstått med at behandlingen utføres i samsvar med en vurdering gjort av legene ved LIVIO IVF-klinikken Oslo og meg, og at andre kan vurdere dette annerledes.
8. Jeg er innforstått med at behandling som ikke fører til svangerskap kan bli en psykisk belastning.
9. Dersom behandlingen må avbrytes p.g.a tekniske feil som strømbrudd eller defekt apparatur, kan LIVIO IVF-klinikken Oslo ikke holdes ansvarlig for personlige utgifter i forbindelse med behandlingen, som reise- og oppholdsutgifter eller tapt arbeidsfortjeneste. Videre kan klinikken ikke holdes ansvarlig for skader eller tap på biologisk materiale forårsaket av brann, terror, vannskader eller naturkatastrofer.
10. Jeg samtykker til at det kan innhentes utskrift av våre journaler ved andre medisinske institusjoner når disse har direkte tilknytning til utredning av barnløshet, eller til behandlingsresultatet.
11. Jeg er innforstått med at alle graviditeter som oppstår ved denne metoden blir rapportert til Medisinsk Fødselsregister. Jeg gir min tillatelse til at kvinnen registreres som IVF behandlet (Medisinsk fødselsregisterforskriften §1-8).
12. Jeg er enslig.
13. Jeg har fått muntlig informasjon og har anledning til å be om ytterligere opplysninger.
14. Jeg er informert og samtykker til at egg og embryo som skal destrueres kan anvendes til opplæring og kvalitetssikring ved LIVIO IVF-klinikken Oslo. (Bioteknologiloven §2-14)

Underskrift

Dato

Underskrift (kvinnen)

Personnummer

Navn Blokkbokstaver

Mottatt av

Dato

Signatur