

**ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ  
НА ПРИМЕНЕНИЕ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ  
РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ  
С ПРИМЕНЕНИЕМ ДОНОРСКИХ ООЦИТОВ**

(в соответствии со ст.ст. 20, 22 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ  
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Нижеуказанная информация предоставлена нам,

Пациентке \_\_\_\_\_,

Пациенту \_\_\_\_\_,

в соответствии с п.п. 3, 4 Приказа Министерства здравоохранения России № 803н от 31.07.2020 г. «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» перед подписанием нами Договора возмездного оказания медицинских услуг с использованием вспомогательных репродуктивных технологий (далее – «Договор») для принятия нами осознанного и добровольного решения о получении медицинских услуг с применением вспомогательных репродуктивных технологий.

Подписанием настоящего информированного добровольного согласия мы свидетельствуем, что Клиникой нам предоставлена информация, содержащаяся в Приказе Министерства здравоохранения России № 803н от 31.07.2020 г. «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» и приложениях к нему, а также следующая информация, влияющая на наш осознанный выбор:

Вспомогательные репродуктивные технологии (далее – ВРТ) представляют собой методы лечения бесплодия, при применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма (в том числе с использованием донорских и (или) криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также суррогатного материнства).

Пациенты приняли решение о проведении лечения бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий, для чего ими оформлено и подписано Информированное добровольное согласие на применение вспомогательных репродуктивных технологий в объёме базовой программы экстракорпорального оплодотворения.

Проведение базовой программы ЭКО состоит из следующих этапов: стимуляция суперовуляции, пункция фолликулов яичника трансвагинальным доступом под ультразвуковым контролем для получения яйцеклеток, инсеминация ооцитов специально подготовленной спермой мужа (партнера) методом ЭКО или путем инъекции сперматозоида в цитоплазму ооцита ; культивирование эмбрионов; внутриматочное введение (перенос) эмбрионов в полость матки ( допускается перенос не более 2-х эмбрионов; пациенткам с отягощенным акушерским анамнезом и патологией матки показан селективный перенос 1 эмбриона).

Пациентами с учётом мнения лечащего врача принято решение о проведении программы ЭКО с использованием донорских ооцитов в силу наличия одного или нескольких показаний для их использования, а именно: отсутствия у Пациентки собственных ооцитов, обусловленного естественной менопаузой, синдромом преждевременного истощения яичников, синдромом резистентных яичников, состоянием после овариоэктомии, радио- или химиотерапии, генетическими заболеваниями; неудачных повторных (трёх и более) попыток проведения программы ЭКО с интрацитоплазматической инъекцией сперматозоида (ЭКО+ИКСИ) при недостаточном ответе яичников на стимуляцию суперовуляции, неоднократном получении эмбрионов низкого качества, перенос которых не приводит к наступлению беременности; снижения овариального резерва и др.

Лечение бесплодия методами ВРТ с применением донорских ооцитов осуществляется с использованием ооцитов доноров в возрасте от 18 до 35 лет, физически и психически здоровых, прошедших медико-генетическое обследование.

При проведении ВРТ с использованием донорских ооцитов стимуляция суперовуляции и пункция фолликулов яичника для получения яйцеклеток проводится у женщины-донора.

При возникновении у неанонимного донора ооцитов в процессе стимуляции суперовуляции и пункции фолликулов яичника нижеперечисленных осложнений, Пациенты в порядке, определённом п.п. 3.2. Договора возмездного оказания медицинских услуг с применением вспомогательных репродуктивных технологий, осуществляют компенсацию расходов Клиники, произведённых для оказания медицинских услуг донору, направленных на устранение возникшего патологического состояния.

К осложнениям, компенсация расходов на лечение которых осуществляется Пациентами в соответствии с Договором возмездного оказания медицинских услуг с применением вспомогательных репродуктивных технологий и настоящим информированным добровольным согласием, относятся осложнения вследствие подкожного введения лекарственных средств (инъекций) (боли в области сердца, удушье, головокружение, головная боль, слабость, потливость, тремор, рвота, озноб, бледность, тошнота, метеоризм, галлюцинации, полуобморочное состояние, кашель, цианоз, снижение артериального давления, нарушение сердечного ритма, появление симптомов коллапса (острой сосудистой недостаточности, сопровождающейся падением давления), отёк лёгкого, гипергликемия, гиперинсулинемия, кетоацидоз, повышение температуры в месте инъекции, повышение температуры тела, возникновение аллергических реакций на введённый препарат (крапивницы, острого насморка, острого конъюнктивита, отека Квинке, анафилактического шока), зуд кожи, жгучие боли, припухлость и гиперемия (покраснение) кожи в месте инъекции, сильное химическое раздражение тканей, гематома, инфильтраты, абсцесс и флегмона, требующие последующей хирургической обработки и применения антибактериальной терапии, развитие расстройства питания тканей и последующего некроза ткани в месте введения, повреждение нервных стволов; осложнения стимуляции суперовуляции - синдрома гиперстимуляции яичников (далее – СГЯ) (слабость, головокружение, головная боль, мелькание «мушек» перед глазами, дыхательные нарушения, сухой кашель, усиливающийся в положении лёжа, сухость во рту, тошнота, рвота, диарея, вздутие живота, чувство распирания, напряжения, боли в животе, редкое мочеиспускание, повышение температуры тела, отёк наружных половых органов и нижних конечностей, асцит,

прибавка массы тела, гидроторакс, олигурия, олигоанурия, тромбоз эмболические осложнения, увеличение размера яичников, лейкоцитоз, одышка, тахикардия, гипотония, анасарка, острая почечная недостаточность, тромбоз эмболические осложнения, респираторный дистресс синдром взрослых, эмболия лёгочной артерии, отёк лёгких, ателектаз, внутриальвеолярное кровотечение, обострением хронических соматических заболеваний, а также аллергические явления, гиперпластическая трансформация эндометрия, изменения свертываемости крови как реакция на применяемые для стимуляции супероуляции лекарственные препараты); осложнения пункции фолликулов (кровотечение из крупных кровеносных сосудов, окружающих яичники, травмы и инфицирование тазовых органов, в редких случаях – перекрут яичника, разрыв кисты, остеомиелит позвоночника), требующие дальнейших коррекции и лечения, в том числе стационарного.

При подписании договора возмездного оказания медицинских услуг с применением вспомогательных репродуктивных технологий Пациентам вышеуказанная информация разъяснена и понятна. Пациенты осознают и соглашаются с тем, что оказание медицинских услуг с применением вспомогательных репродуктивных технологий с использованием донорских ооцитов в рамках заключаемого с Клиникой договора возмездного оказания медицинских услуг без подписания настоящего информированного добровольного согласия невозможно.

Пациенты получили полную информацию о видах вспомогательных репродуктивных технологий, приняли решение получить медицинскую услугу с применением вспомогательных репродуктивных технологий с использованием донорских ооцитов на вышеуказанных условиях и доверяют врачу принимать необходимые решения и выполнять необходимые медицинские действия в ходе оказания услуги с целью достижения наилучшего результата. При этом Пациенты понимают, что медицинским персоналом Клиники будут приниматься все необходимые меры для достижения их излечения, но никаких гарантий или обещаний относительно результатов лечения по объективным причинам не может быть предоставлено.

Пациенты подписанием настоящего информированного добровольного согласия выражают намерение провести лечение с применением вспомогательных репродуктивных технологий с использованием ооцитов анонимного донора (№ \_\_\_\_\_ по каталогу доноров Клиники), добровольно выбранного Пациентами / неанонимного донора (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя, отчество донора ооцитов)

При применении ВРТ с использованием ооцитов анонимного донора Пациенты обязуются не устанавливать личность донора ооцитов и не предпринимать попыток к этому.

Пациенты обязуются также не предъявлять претензий к Клинике в случае рождения ребёнка с аномалиями развития или с ярко выраженными фенотипическими признаками, отличающимися от национальности Пациентов.

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) «\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ г.  
подпись Пациентки дата подписи

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) «\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ г.  
подпись Пациента дата подписи

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) «\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ г.  
подпись врача дата подписи

При подписании настоящего документа нами заданы врачу следующие вопросы, на которые получены следующие ответы:

Вопрос: \_\_\_\_\_

Ответ: \_\_\_\_\_

Вопрос: \_\_\_\_\_

Ответ: \_\_\_\_\_

Иные вопросы у нас отсутствуют вследствие полного осознания существа оказываемой медицинской услуги. Со всеми пунктами настоящего документа мы ознакомлены и согласны с ними.

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) «\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ г.  
подпись Пациентки дата подписи

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) «\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ г.  
подпись Пациента дата подписи

\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) «\_\_» \_\_\_\_ 20\_\_ г.  
подпись врача дата подписи