

顕微授精に関する同意書

- 排卵誘発の注射や採卵時の麻酔薬等によりアレルギーを生じる場合があること
- 採卵時、まれに腹腔内大量出血、臓器損傷を引き起こす可能性があり、安静にしても改善しない場合は、開腹手術や輸血などを行う必要があること
- 排卵誘発剤に伴う副作用として、卵巣過剰刺激症候群（OHSS）を生じる可能性があり、重症の場合は、腹水や胸水の貯留、血栓などの合併症を引き起こす可能性があること
- 採卵や移植処置により、感染症など合併症を引き起こす可能性があること
- 採卵を行っても卵子が採れないことや、顕微授精を行っても受精卵（胚）が得られない可能性があること
- 多胎防止のため、移植個数は原則1個とするが一卵性多胎の可能性があり、また、複数個の胚を移植した場合、約15%で多胎妊娠の可能性があり、
- 無精子症～高度乏精子症等の重度男性不妊の場合、出生児が男児であったときは、父親から男性不妊を受け継ぐ可能性があること。
- 顕微授精により生まれた児の奇形発生の可能性は、自然妊娠とほぼ同等とされているが、臨床応用されてからまだ歴史が浅い治療法であるため、長期の影響（次世代、次々世代等）については不明であること
- 日本産科婦人科学会の規定に基づき、顕微授精後の妊娠・出産、児の予後等の経過を学会へ報告するため、情報提供にご協力いただく必要があること
また、治療によって得られたデータは当院において匿名化（数値化）し、個人が特定できない形で学会報告やホームページ等で開示する可能性があること

上記のことを説明しました

説明者署名

私たち夫婦は顕微授精に関し詳細な説明を受け、顕微授精-胚移植の治療を受けることを依頼し、また上記の事項について同意します。

医療法人 愛育会 レディースクリニックあ

いいく

榎園

祐治 殿

樋渡 小百合 殿

同意日

年 月 日

〒

住 所

ふりがな

署名（夫） _____ 印 _____ 携帯番号 _____

〒

住 所 _____

ふりがな
署名（妻） _____ 印 _____ 携帯番号 _____

※署名は、夫婦それぞれご本人が自筆で記入して下さい