

卵母细胞浆内单精子显微注射知情同意书

我们_ [] (男) [] (女), 为依法登记结婚的夫妻。我们于2021年2月7日结婚后, 符合生育的法律法规, 但至今未能自然怀孕。我们于2021年3月15日来到深圳市妇幼保健院就诊, 诊断结论为不孕症。该院生殖健康科的医生将诊断以及与诊断相关的全部检查结果分别向我们作了详细的说明。据此, 我们已充分地了解了自身的状况并认同医生的检查结论。在此基础上, 我们向生殖健康科的医生提出了给我们进行对应治疗的请求, 医生向我们提出了用卵母细胞浆内单精子注射技术(ICSI)技术进行治疗的建议和必要性, 同时告知我们实施该技术的适应证(1、严重的少、弱、畸形精子症; 2、不可逆的阻塞性无精子症; 3、前次IVF治疗周期中卵子完全不受精或受精率 $\leq 20\%$; 4、精子顶体异常; 5、免疫性不育; 6、卵子冷冻保存解冻后)、禁忌证、治疗的效果、步骤(超排卵、抽取卵子、处理精子、体外受精和胚胎移植)、药物选择、可能发生的危险以及发生的费用; 我们进行ICSI的原因是男方弱畸精子症。生殖健康科医生将其建议的ICSI方法与可替代的治疗方法进行了详尽地说明。我们也提出了与此相关的所有问题并和医生进行了充分沟通。我们获知, 该院的ICSI治疗的稳定成功率约为 %。今天, 我们慎重地作出了决定, 即选择深圳市妇幼保健院生殖中心进行ICSI治疗。我们愿意承担ICSI治疗的风险和费用。我们完全理解:

- 1、此项技术可能造成卵子不可知的损伤。
- 2、ICSI技术有可能将我们携带的致病基因通过这一过程遗传给下一代。目前临床资料提示采用该技术获得的下一代, 其性染色体畸形和男性尿道下裂发生率比一般人群稍高。
- 3、我们理解采用这项技术并不能保证卵子一定受精和有胚胎移植。我们了解生殖中心此项技术近几年平均卵子受精率为80-90%。
- 4、出现其他目前难以预料和防范的情况。

基于上述理解, 我们:

- 1、清楚生殖中心为我们应用卵母细胞浆内单精子显微注射技术以帮助我们解决不孕问题。
- 2、完全理解并自愿接受以上可能出现的风险。
- 3、知道完成ICSI周期治疗所需要的费用较常规IVF有所增加。
- 4、如果我们取卵当日在附睾或睾丸内手术时取不到精子, 我们夫妇选择:
 - ① 冷冻所有卵子, 待以后再行手术取精。
 - ② 放弃本治疗周期取得的所有卵子, 同意/不同意用于医学研究。如果选择不同意, 卵子将在体外退化。
 - ③ 放弃本治疗周期取得的所有卵子, 同意/不同意捐赠给其他不孕患者, 并签署相关知情同意书。
- 5、对于在本治疗周期中获得的未成熟的卵子, 同意/不同意用于医学研究。如果选择不同意, 卵子将在体外退化。

我们相信生殖中心会采取目前适合的技术为我们进行卵母细胞浆内单精子显微注射, 并尽可能避免上述异常情况发生。我们已认真阅读并完全理解了卵细胞浆内单精子显微注射的有关细则, 并就我们关注的问题与医生进行了讨论, 且得到了满意的答复。我们申明, 我们在没有任何压力和完全知情的情况下自愿要求进行卵母细胞浆内单精子显微注射治疗并自愿签署本知情同意书。

妻子签名:

日期: 2021年3月28日

丈夫签名:

日期: 2021年3月28日

医生签名:

日期: 2021年3月28日

证人签名:

日期: 年 月 日

(证人签名仅在需要时, 如文盲、盲人等)