

輔助受孕同意書
~施行人工協助生殖手術同意書~

單張試管同意書
共 2 頁

病歷號碼:

我們夫妻(夫 姓名_____)
出生年月日_____

妻 姓名_____)
出生年月日_____

雙方皆已達法定年齡，且身心健康，為達生育目的，特此請求貴院實施人工協助生殖技術手術，且經貴院_____醫師之詳細說明且已充分了解下列之內容:

1. 我們瞭解人類之生育功能，即使在夫妻雙方之生殖功能皆完全正常情況下，每次月經週期之自然受孕率為 10~15% 左右，做一次人工協助生殖，其懷孕率視施術方式而異，其懷孕率並不比自然受孕率低。
2. 我們瞭解人類在正常生產中就有 4% 的嬰兒有精神或身體之缺陷，20% 之懷孕可能發生流產，所以人工協助生殖並不能保證懷孕成功後出生來的小孩子是完全正常的，人工協助生殖只是幫助達到受孕的目的。精子經處理後行人工協助生殖授孕並不會影響畸形率。
3. 人工協助生殖治療合併使用刺激排卵藥物，可能會引起卵巢過度刺激症候群及增加多胞胎懷孕及早產之機會。人工協助生殖懷孕成功後，我們會例行接受產前檢查，必要時做產前遺傳診斷，並於分娩後，嬰兒接受「新生兒先天代謝異常疾病篩檢」。
4. 我們瞭解人工協助生殖懷孕成功後，流產及子宮外孕之機會略高於一般孕婦。
5. 人工協助生殖手術是一種手術，有少部分病患可能發生出血、感染或其他偶發之病變等副作用及併發症。
6. 我們瞭解貴院為尊重個人隱私權，只有當事人能查詢個人自己的資料，他人一律禁止。
7. 我們瞭解貴院為保障患者安全健康，精液處理過程中及人工協助生殖所使用之試管，用過一次即丟棄，絕不重複使用於他人之治療。
8. 同意由貴院施行_____方式人工協助生殖技術及必要之麻醉，貴院醫師及醫事人員應善盡診療責任，避免意外發生，若在執行手術時或麻醉恢復期間發生緊急狀況，同意接受貴院必要之處置。
9. 我們瞭解人工協助生殖手術之程序，及以上各項內容。
10. 我們保證所提供之精子，確為立同意書之夫妻所有，絕無以任何不正當手段更換。除非特殊案例，需接受精子或卵子捐贈，否則院方絕對不會採用非夫妻雙方之精卵來達受孕的目的。除了代孕之委託，亦不會植入他人的胚胎。同時也不會將夫妻雙方所提供之精子或卵子，在未經同意下用來治療其它的患者。
11. 立同意書人具有夫妻身份，若有不實願負法律責任。我們瞭解，醫師及醫事人員會善盡診療責任，避免意外之發生，並妥善處理治療過程所發生的不適及併發症。若在執行手術時或麻醉恢復期間發生緊急情況，同意接受院方必要之處置。

此致

_____醫院/診所

立同意書人 夫：_____簽章 妻：_____簽章
夫身份證號：_____ 妻身份證號：_____

住址：_____ 電話：_____

中華民國_____年_____月_____日

受術夫妻健康檢查及評估表

受術妻	受術夫
<p>一、基本資料</p> <p>1. 姓名：_____</p> <p>2. 出生日期：____年____月____日</p> <p>3. 國民身分證統一編號：□□□□□□□□□□</p> <p>4. 外籍人士之統一證號^(註)：□□□□□□□□□□</p> <p>5. 外籍人士之護照號碼：□□□□□□□□□□</p> <p>二、膚色：_____，髮色：_____</p> <p>身高：_____公分，體重：_____公斤</p> <p>血型：ABO blood type 結果：_____</p> <p>三、一般精神狀況：</p> <p>精神疾病：<input type="checkbox"/>0. 無</p> <p><input type="checkbox"/>1. 有，病名：_____</p> <p>四、一般生理狀況：</p> <p>全身性系統疾病：<input type="checkbox"/>0. 無</p> <p><input type="checkbox"/>1. 有，病名：_____</p> <p>五、家族疾病史：<input type="checkbox"/>0. 無</p> <p><input type="checkbox"/>1. 有，病名：_____</p> <p>六、本人和四親等以內血親之遺傳疾病史：</p> <p><input type="checkbox"/>0. 無 <input type="checkbox"/>1. 有，病名：_____</p> <p>親屬關係：_____</p> <p>七、傳染性疾病檢查結果：</p> <p>1. 梅毒：<input type="checkbox"/>0. 無 <input type="checkbox"/>1. 有</p> <p>2. 愛滋病：<input type="checkbox"/>0. 無 <input type="checkbox"/>1. 有</p> <p>3. 其他傳染性疾病病史：</p> <p><input type="checkbox"/>0. 無</p> <p><input type="checkbox"/>1. 有，病名：_____</p>	<p>一、基本資料</p> <p>1. 姓名：_____</p> <p>2. 出生日期：____年____月____日</p> <p>3. 國民身分證統一編號：□□□□□□□□□□</p> <p>4. 外籍人士之統一證號^(註)：□□□□□□□□□□</p> <p>5. 外籍人士之護照號碼：□□□□□□□□□□</p> <p>二、膚色：_____，髮色：_____</p> <p>身高：_____公分，體重：_____公斤</p> <p>血型：ABO blood type 結果：_____</p> <p>三、一般精神狀況：</p> <p>精神疾病：<input type="checkbox"/>0. 無</p> <p><input type="checkbox"/>1. 有，病名：_____</p> <p>四、一般生理狀況：</p> <p>全身性系統疾病：<input type="checkbox"/>0. 無</p> <p><input type="checkbox"/>1. 有，病名：_____</p> <p>五、家族疾病史：<input type="checkbox"/>0. 無</p> <p><input type="checkbox"/>1. 有，病名：_____</p> <p>六、本人和四親等以內血親之遺傳疾病史：</p> <p><input type="checkbox"/>0. 無 <input type="checkbox"/>1. 有，病名：_____</p> <p>親屬關係：_____</p> <p>七、傳染性疾病檢查結果：</p> <p>1. 梅毒：<input type="checkbox"/>0. 無 <input type="checkbox"/>1. 有</p> <p>2. 愛滋病：<input type="checkbox"/>0. 無 <input type="checkbox"/>1. 有</p> <p>3. 其他傳染性疾病病史：</p> <p><input type="checkbox"/>0. 無</p> <p><input type="checkbox"/>1. 有，病名：_____</p>

註：無國民身分證之外籍人士請同時填 4、5 項，無統一證號之外籍人士得出示原始國籍之相關證件，並填列該證號。

以上資料確為本人填寫無誤

以上資料確為本人填寫無誤

妻_____簽名

夫_____簽名