

### موافقة على حقن السائل المنوي داخل الرحم (IUI)

التاريخ:

نحن الموقعين أدناه:

(الزوج): ..... العمر: .....

(الزوجة): ..... العمر: .....

نصادق بهذا على أننا تلقينا من الطبيب المعالج شرحاً وافياً عن أسباب وطرق علاج مشاكل الإخصاب الموجودة لدينا وقد تم توضيح سير العلاج والإخصاب داخل وخارج الجسم وقد تضمن هذا الشرح احتمالات النجاح وتضمن أيضاً المخاطر التي يمكن أن ترافق سير العلاج وقد قام الطبيب بالإجابة على جميع الأسئلة والاستفسارات التي قمنا بطرحها

#### لقد تطرق الطبيب لشرح الإجراءات والمشاكل المحتمل حدوثها أثناء العلاج والتي تتلخص في الأمور الآتية:

1. يلتزم فريق المركز باستخدام السائل المنوي من الزوج فقط
2. قد لا تستكمل خطوات البرنامج لأحد الأسباب التالية:
  - ضعف تجاوب مبيض الزوجة للعلاج مع أدوية تحفيز الإباضة
  - قد يحدث تضخم في المبايض ومتلازمة فرط استجابة المبايض بدرجات متفاوتة من الشدة مما قد يتطلب دخول المستشفى أو دخول العناية الحثيثة في بعض الحالات النادرة، وقد يتطلب عدم استكمال خطوات العلاج والتوقف عنه
3. عدم حدوث الحمل
4. قد يحدث حمل خارج الرحم وهو غير شائع
5. قد يحدث حمل متعدد
6. سيقوم بإجراء الحقن أخصائي النسائية والتوليد الذي أراجعته أو من ينوب عنه بعد الاتفاق على ذلك

#### نوافق نحن الزوجين على ما يلي:

1. نفوض أطباء وحدة الأخصاب بإجراء عملية حقن السائل المنوي داخل الرحم وذلك بمضي الزوج فقط
2. نفوض أطباء المركز بالقيام بأية إجراءات جراحية أو طبية أخرى تقتضيها الحاجة
3. الالتزام بالعلاج الذي يحدده الفريق لتحريض الإباضة وإجراء الفحوصات الهرمونية اللازمة والفحوصات بالموجات فوق الصوتية لتحديد الوقت المناسب لعملية الحقن

#### نلتزم نحن الزوجين بالترتيبات المالية التالية:

1. تحمل التكاليف المالية الكاملة التي يتطلبها برنامج حقن السائل المنوي داخل الرحم
2. تحمل التكاليف المالية التي قد تترتب عن أي إضافات أو مضاعفات خارج البرنامج
3. تسديد جميع الالتزامات المالية غير منقوصة في حالة عدم نجاح المحاولات المشمولة في البرنامج وعدم المطالبة باستردادها



جمعية اختصاصيي الأمراض والجراحة  
النسائية والتوليد الأردنية

## جمعية اختصاصيي الأمراض والجراحة النسائية والتوليد الأردنية The Jordanian Society of Obstetricians and Gynecologists

بناءً على الإيضاحات التي تلقيناها والإجابات على استفساراتنا نطلب إجراء علاج الإخصاب كما تم ذكره سابقاً والذي يتضمن تحريضاً للاباضة، وحقن سائل الزوج المنوي داخل رحم الزوجة، كما أننا نفهم أن نجاح العملية ليست مضمونة.

بعد الاطلاع على كل ما تقدم و فهمه نوافق نحن الزوجين الموقعين أدناه على قبول إجراء عملية الحقن في وحدة الاخصاب.

توقيع الزوج: ..... التاريخ: .....

توقيع الزوجة: ..... التاريخ: .....

اسم الشاهد: ..... التوقيع: ..... التاريخ: .....