

Postadresse:  
Sykehuset Telemark HF  
Postboks 2900 Kjørbekk  
3710 Skien**Personalia kvinne:**Besøksadresse:  
Aallsgate 41  
3922 Porsgrunn**Personalia partner (hvis aktuelt):**Telefon: 35005820  
Telefaks: 35005827  
Elektronisk meldingstjeneste:  
CRYPHO, se våre nettsider på  
[www.sthf.no](http://www.sthf.no) for informasjon.

\*\*\*\*\*

**Samtykke til assistert befruktning****jmf Bioteknologiloven (LOV-2003-12-05-100) og Forskrift om  
håndtering av humane celler og vev (FOR-2015-12-07-1430)**

I det følgende er "kvinne" å forstå som den personen som skal få satt sædceller eller befruktet egg inn i livmor.

Jeg/vi søker **Fertilitetsavdelingen Sør** om hjelp til å få barn ved assistert befruktning. Jeg/vi har mottatt muntlig og skriftlig informasjon fra Fertilitetsavdelingen Sør.

Dersom behandlingen er inseminasjon (IUI) erklærer jeg/vi at:

1. Jeg/vi samtykker til å ta medisiner og evt. bedøvelsesmidler som er nødvendig for behandlingen. For behandling som innebærer bruk av donorsæd, se eget samtykke.
2. Jeg/vi samtykker til at det registreres foto, personlige opplysninger og helseopplysninger om meg/oss, behandlingsforløpet, prosessering og oppbevaring av celler, i avdelingens interne fagsystem (kalt "donorregister" i FOR 1430 kap.9), og videre at alle opplysninger i donorregisteret som er nødvendige for å etterkomme krav om sporbarhet og dokumentasjon som angitt i § 27, 40, 48 og 51 i FOR 1430 er tilgjengelige i opp til 30 år etter klinisk bruk eller utløpsdato uavhengig av mine/våre eventuelle ønske om å få slettet opplysningene.
3. Jeg/vi er informert om at det ikke er sikkert at svangerskap oppstår som følge av behandlingen. Jeg/vi er inneforstått med at behandlingen også kan resultere i spontanaborter, svangerskap utenfor livmoren og andre svangerskapskomplikasjoner.
4. Jeg/vi er informert om at behandlingen kan bli avbrutt underveis.
5. Jeg/vi er informert om adopsjon som mulig alternativ til behandling med assistert befruktning.
6. Fertilitetsavdelingen Sør er ansvarlig for å oppbevare og prosessere cellene mine/våre på en forsvarlig måte, men er ikke ansvarlig for tap som følge av for eksempel teknisk svikt og uhell under oppbevaring og prosessering.
7. Jeg/vi bekrefter at jeg/vi har hatt anledning til å overveie innholdet av dette dokument i minst 2 dager, og til å be om ytterligere opplysninger.

Dersom behandlingen er befruktning utenfor kroppen (IVF/ICSI) erklærer jeg/vi **i tillegg til pkt 1-7** at:

8. Jeg/vi er informert om at behandlingen innebærer:
  - a. Forbehandling av kvinnen som skal til eggthenting hvor hun blir tilført hormoner og andre medisiner.
  - b. Uthenting av ett eller flere egg fra kvinnen som skal til eggthenting sine eggstokker ved hjelp av ultralydveiledet operasjon.
  - c. Befruktning av eggene med sædceller og eventuell kirurgisk uthenting av disse. For behandling som innebærer bruk av donorsæd, se eget samtykke.

Dato for utskrift:

Oppdatert 010321 HANHAN

Side 1/3

- d. Oppbevaring og prosessering av celler inntil disse blir satt inn i livmoren til kvinnen eller fryst ned, destruert eller distribuert.
- e. Utvelgelse av cellene som etter avdelingens vurdering gir størst mulighet for å oppnå graviditet.
- f. Innsetting av ferske eller tinte befruktede egg i livmor.
9. Jeg/vi er informert om at behandlingen kan bli brutt før uthenting av egg av medisinske grunner (f.eks avvikende respons på hormonbehandlingen) eller etter egguttak (f.eks ingen egg, manglende befruktning, redusert eggkvalitet eller teknisk svikt).
10. Jeg/vi er informert om at befruktede egg som oppbevares nedfrosset ved avdelingen blir destruert når kvinnen som skulle ha disse satt inn i sin livmor fyller 46 år.
11. Jeg/vi samtykker i den operative behandling som er nødvendig som en del av behandlingsopplegget eller som en følge av dette. Jeg/vi er informert om bivirkninger som overstimulering av eggstokker, og at det i forbindelse med kirurgisk egguthenting av eggceller og sædceller kan forekomme blødninger og infeksjoner.

Dette samtykket til assistert befruktning gjelder:

Kun IUI:  Kun IVF/ICSI:  Begge (kun kryss dersom mottatt informasjon om begge):

Sted og dato: \_\_\_\_\_

Signatur Kvinne: \_\_\_\_\_

Signatur Partner (hvis aktuelt): \_\_\_\_\_

- **Nytt samtykke signeres før hver egguthenting/IUI og sendes til Fertilitetsavdelingen Sør**
- **Pasienter får ikke time til egguttak/IUI før underskrevet samtykke foreligger i avdelingen**
- **Dersom behandlingen endres fra IVF/ICSI til IUI eller omvendt under behandlingsforløpet kan nytt samtykke bli nødvendig**

\*\*\*\*\*

### **Samtykke til videre bruk av celler til kvalitetssikring, opplæring og forskning jmf. bioteknologiloven § 2-14 og § 3-2**

Jeg samtykker med dette til at ubefruktede egg som ikke egner seg for IVF/ICSI, kan brukes ved Fertilitetsavdelingen Sør til opplæring og kvalitetssikring av etablerte metoder for assistert befruktning. Cellene destrueres deretter.

Jeg/ vi samtykker også til at overtallige befruktede egg som uansett skal destrueres kan brukes ved Fertilitetsavdelingen Sør til opplæring og kvalitetssikring av etablerte metoder for assistert befruktning eller til forskning. Cellene destrueres deretter.

JA, jeg/vi samtykker  NEI, jeg/vi samtykker ikke

Sted og dato: \_\_\_\_\_

Signatur Kvinne: \_\_\_\_\_

Signatur Partner (hvis aktuelt): \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Dato for utskrift:

Oppdatert 010321 HANHAN

Side 2/3

## Samtykke til registrering av opplysninger om svangerskap etter assistert befruktning i Medisinsk Fødselsregister

Medisinsk Fødselsregister (MFR) registrerer opplysninger om alle svangerskap og fødsler i Norge. For å kvalitetssikre assistert befruktning har MFR en egen melding for svangerskap etter assistert befruktning.

Alle opplysninger i MFR behandles strengt konfidensielt og svært få personer har tilgang til dem. Forskning basert på data i MFR er av stor betydning for svangerskapsomsorgen i Norge.

For at MFR skal kunne vite om et svangerskap har oppstått som følge av assistert befruktning, må Fertilitetsavdelingen Sør sende inn et skjema til MFR som inneholder ditt navn og fødselsnummer. Skjemaet inneholder informasjon om antatt årsak til barnløsheten, hvor lenge man har prøvd å få barn, hvilken behandlingsmetode som er brukt, hvor mange befruktete egg som er satt inn og hvor mange fosteranlegg som ses ved første ultralydundersøkelse.

Jeg samtykker til at navn og fødselsnummer kan sendes til Medisinsk Fødselsregister

Jeg ønsker **ikke** at navn og fødselsnummer skal sendes til Medisinsk Fødselsregister

Sted og dato \_\_\_\_\_

Kvinnens navn (blokkbokstaver) \_\_\_\_\_

Signatur Kvinne \_\_\_\_\_

Dato for utskrift:

Oppdatert 010321 HANHAN