

CONSENT FOR EMBRYO TRANSFER

Name of Patient: _____ ID No: _____

Age: _____ Address: _____

I _____ the undersigned give consent for MY OWN/AFOREMENTIONED PATIENT'S operation and/or medication/investigation/anesthesia/therapy/ procedure etc.

The following will be performed:

Anaesthesia is most often not necessary, although a sedative may be used. An ultrasound may be used to help guide the physician as he/she transfers the embryos. A pre-determined number of embryos are loaded into a fine transfer catheter that passes through the vagina and cervix, into the uterus. The embryos are deposited from the catheter into the uterus. Following this procedure, the patient usually remains in a recovery room resting on her back for some time.

Risks of the procedure:

There are risks and complications with this procedure. They include but are not limited to the following.

General risks:

- Infection can occur, requiring antibiotics and further treatment.
- Pain and uterine cramps can occur.

Specific risks:

There are minimal risks associated with the embryo transfer procedure. This include the loss of the embryos during transfer and the risks of abortion and ectopic pregnancy are higher than in normal conception. Chances of multiple pregnancies are more. Although some women experience mild cramping, the procedure is usually painless.

I acknowledge that I have been explained clearly that any medication / investigation / operation / therapy is not totally safe and that such procedure or anesthesia can be a risk to life of an otherwise healthy person also. I request Dr. _____ to perform upon me the above mentioned procedure.

I acknowledge that the doctor has explained;

- My medical condition and the proposed procedure, including additional treatment if the doctor finds something unexpected. I understand the risks, including the risks that are specific to me.
- Anaesthesia is required for this procedure. I understand the risks, including the risks that are specific to me.
- Other relevant procedure/treatment options and their associated risks.
- My prognosis and the risks of not having the procedure.
- That no guarantee has been made that the procedure will improve my condition even though it has been carried out with due professional care.
- The procedure may include a blood transfusion.
- Tissues and blood may be removed and could be used for diagnosis or management of my condition, stored and disposed of sensitively by the hospital.
- I have been explained that excessive bleeding, infection, cardiac arrest, pulmonary embolism and complications like this can arise suddenly and unexpectedly while undergoing medication / investigation / operation / therapy / procedure or anesthesia.
- I give consent for any change in the anesthesia or operative procedure as deemed necessary by the doctors at the time of medication/investigation/operation/therapy/procedure.
- I was able to ask questions and raise concerns with the doctor about my condition, the proposed procedure and its risks, and my treatment options. My questions and concerns have been discussed and answered to my satisfaction.
- I understand I have the right to change my mind at any time, including after I have signed this form but, preferably following a discussion with my doctor.

- I understand that image/s or video footage may be recorded as a part of and during my procedure and that these image/s or video/s will assist the doctor to provide appropriate treatment.
- I accept that medicine is not an exact science and understand that no guarantees can be given to the results and understanding these limitations.

I have read and have understood the aforesaid and I am giving my consent willingly with sound mental state without any Coercion, Undue influence, Fraud, Misrepresentation or mistake of facts.

गर्भ प्रत्यारोपण की संमति

दर्दी का नाम: _____ आई डी
नंबर: _____ आयु: _____ पता: _____

मैं अपने / उपर दीये गये दर्दी के ओपरेशन और / या दवा / तपास / अनेस्थेसीया / सर्जरी / प्रोसिजर आदि करने की समजदारी से संमति देता हूँ।

नीचे दीये गये अनुसार दर्दी की सर्जरी प्रोसिजर की जायेगी

गर्भ को ट्रान्सफर (प्रत्यारोपण) करने की प्रोसिजर के लिए अनेस्थेसीया (शीशी सुधाने) की जरूरत नहीं होती फिर भी सेडेटिव का उपयोग किया जा सकता है। गर्भ को ट्रान्सफर (प्रत्यारोपण) करने के लिए डॉक्टर अल्ट्रासाउण्ड का उपयोग मार्गदर्शक की तरह करते हैं और गर्भ को पहले नक्की संख्या में ट्रान्सफर कैथेटर (नली) में ले के योनी और गर्भाशय के मुख (सर्विक्स) में से पार करके गर्भाशय में रखते हैं। ये प्रोसिजर खतम होने का बाद दर्दी को सामान्यतः रिकवरी रूम में थोड़ा आराम करने के लिए रखा जाता है। प्रोसिजर के ४-६ घंटे बाद छुट्टी दी जाती है।

प्रोसिजर के जोखिम :

ये प्रोसिजर से होने वाले जोखिम और कोम्प्लिकेशन नीचे दीए हैं जो यही तक सीमित नहीं हैं।

सामान्य जोखिम :

- चेप लगना जिसके लिए अन्टीबायोटिक और सारवार की जरूरत रहती है।
- पीड़ा (दर्द) और गर्भाशय में खिचाव महेसूस होता है।

विशिष्ट जोखिम :

- गर्भ ट्रान्सफर (प्रत्यारोपण) की प्रोसिजर में कम जोखिम है फिर भी गर्भ ट्रान्सफर (प्रत्यारोपण) की प्रोसिजर के दौरान गर्भ
- को नुकसान या गर्भपात और एक्टोपिक प्रेगनन्सी का जोखिम प्राकृतिक प्रेगनन्सी से ज्यादा होता है।
- एक से ज्यादा गर्भ रहने की संभावना ज्यादा है।
- किसी महिलाओं को पेट में हलकासा खिचाव महेसूस होता है फिर भी सामान्यतः यह प्रोसिजर पीडारहित है।
- हम मानते हैं और समजते हैं की कोई भी दवा / तपास / सर्जरी / प्रोसिजर पूर्णतः सलामत नहीं होती और ये प्रोसिजर या अनेस्थेसीया कोई भी आरोग्यपद व्यक्ति के जीवन के लिए भी जोखमी हो सकता है।

उपर दी गई प्रोसिजर मेरे पे करने की डो. _____ को बिनती करता / करती हूँ। मैं ये स्वीकृति दी है की नीचे दी गई बातें मुझे / हमे समजाई गई है।

- मेरी तबियी स्थिति और पूर्व बतायी प्रोसिजर पोसिजर के दरमियान डोक्टर को लगे तो ज्यादा प्रोसिजर कर सकते हैं।
- मुझे प्रोसिजर के जोखिम या विशिष्ट जोखिम के बारे में बताया गया है।
- मुझे प्रोसिजर के दौरान अनेस्थेसिया के जोखिम की जानकारी दी गई है।
- अन्य प्रोसिजर के सम्बन्धित विकल्पो और जोखिम के बारे में बताया है।
- मेरी पहले की सारवार या अन्य जोखिम के कारण पोसिजर ना हो सके।
- ऐसी कोई ग्रेन्टी नहीं है की तबिभी सारवार के बाद मेरे स्वास्थ्य में सुधार आयेगा ही।
- पोसिजर के दौरान लहु चढाने की जरूरत पढ़ सकती है।
- प्रोसिजर में निकले टीशु या खुन होस्पिटल के द्वारा मेरी सारवार के निदान, संग्रह और निकाल किया जा सकता है।
- मुझे समजाया है की दया तपास सर्जरी पोसिजर या अँनेस्थेसिया के कारण अचानक से रक्तस्त्राव, चेप, हृदयस्तंभला, पल्मोनरी एम्बोलिज़म जैसे कोम्प्लिकेशन हो सकते हैं।
- मैं अनेस्थेसिया और सर्जरी में कोई बदलाव और दवा / तपास / सारवार या प्रोसिजर में डॉक्टर को जरूरी लगे तो बदलाव करने की संमति देता हूँ।
- मेने प्रश्न बताके मेरी स्थिति, सूचित प्रोसिजर तथा जोखिम और सारवार के अन्य विकल्प की चर्चा डोक्टर से की है और मुझे उसके संतोषकारक जवाब मिले हैं।
- मे समजता हूँ की फोर्म में हस्ताक्षर के बाद भी डोक्टर के साथ बात करके मैं अपना निर्णय बदल सकता हूँ।
- मे समजता हूँ की इमेज ओडियो और विडियो फूटेज मेरी प्रोसिजर के मागरुप है। पोसिजर के दौरान मेरी इमेज / ओडियो या विडियो रेकोर्ड कीया जा सकता है डो डोक्टर को सारवार में मदद करें।
- मैं मानता हूँ की दवा कोई विज्ञान नहीं है और उसकी कुछ मर्यादाएँ है तथा समजता हूँ की सारवार के परिणामों की कोई बायधरी नहीं दे सकता ।

मेने उपरोक्त शब्दो को पढ़ा और समझ लिया है। मैं किसी भी प्रकार के दबाव में आये बिना और किसी भी अनुचित प्रभाव, धोखाधड़ी, गलत बयान माहिती में आये बिना संपूर्ण समान अवस्था में उपर दिए गये प्रोसिजर के लिए संमति देता देती हूँ।

	Name / नाम	Sign/ हरतावार	Date / नारीख	Time/समय
Female Partner / पति				
Male Partner / पति				
Doctor/ डॉक्टर			Witness Address:	
Witness / साक्षी			Clinic Address:	