

## CONSENT FOR THE SURGICAL EXTRACTION OF SPERM

ID No.: \_\_\_\_\_

Name of female partner \_\_\_\_\_

Name of male partner \_\_\_\_\_

We hereby request and give consent to the procedure of \_\_\_\_\_ for ICSI, to be performed on the male partner.

We understand that

- a) There is no guarantee that the sperm will be successfully removed or that sperm will necessarily fertilize our oocytes.
- b) Should the sperm retrieval fail, the following options will be available for the retrieved oocytes.
- 1) Insemination of all or some oocytes using donor sperm ☐
  - 2) Donation of oocytes to another infertile couple ☐
  - 3) Disposal of oocytes according to the ethical guidelines ☐
  - 4) Vitrify the oocyte ☐
- (Tick the appropriate option)

Each of the above points has been explained to us by \_\_\_\_\_

The procedure(s) carried out does (do) not ensure a positive result, nor do they guarantee a mentally and physically normal body.

This consent holds good for all the cycles performed at \_\_\_\_\_ (clinic name & address)

### Endorsement by ART Clinic:

I/ we have personally explained to \_\_\_\_\_ and \_\_\_\_\_ the details and implications of his/her/their signing this consent/approval form, and made sure to the extent humanly possible that he/she/they understand these details and implications.

पत्नि का नाम: \_\_\_\_\_ आय.डी. नं. \_\_\_\_\_

पति \_\_\_\_\_ का नाम: \_\_\_\_\_ पता: \_\_\_\_\_

हम \_\_\_\_\_ पोसीजर जो ICSIAVF करने के लिए जरूरी है, वो पुरुष पार्टनर के ऊपर करने अनुमति देते हैं।

हम जानते हैं की

अ) शस्त्रक्रिया के बाद शुक्राणु मिलेंगे और उस मिले हुए शुक्राणु स्त्रीबीजको फलित करेंगे ही ऐसी कोई गारंटी (बाहेधरी) नहीं है।

ब) शस्त्रक्रिया के बाद अगर शुक्राणु मिलने में असफलता मिलती है तो स्त्रीबीजको फलित करने के लिए निम्नलिखित विकल्प है।

- १) सारे और कुछ स्त्रीबीजको दाता के शुक्राणु फलित करे ☐
  - २) स्त्रीबीजको दूसरे बाँज दंपति को दानमे देना ☐
  - ३) कानूनी निर्देशों के अनुसार स्त्रीबीजको नष्ट करे ☐
  - ४) स्त्री बीज का विट्रीफिकेशन ☐
- (उचित विकल्प पर करे)

**CONSENT FOR THE SURGICAL EXTRACTION OF SPERM**

उपरोक्त सभी \_\_\_\_\_ विकल्प हमें द्वारा समजाए गए हैं।

यह जरूरी नहीं है कि इस प्रक्रिया से सकारात्मक परिणाम ही निकले तथा इस बात की भी कोई गारंटी नहीं है कि इस प्रक्रिया द्वारा जन्मा बच्चा मानसिक तथा शारीरिक रूप से तंदुरुस्त ही हो।

यह अनुमति पत्र \_\_\_\_\_ (क्लिनिक का नाम & पता) में किए गए सारे इलाज के लिए जारी रहेंगे।

क्लीनीक द्वारा समर्थन :

मैंने / हमने इस नवयुगल (दंपति) \_\_\_\_\_ और \_\_\_\_\_ को प्रत्यक्ष में समझकर जानकारी अनुसार निर्देशन देकर उसके उसकी उनके संमतिपत्र (अनुमति पत्र) में हस्ताक्षर लेकर यकीन किया है। कि उन्होंने इस संमतिपत्र (विश्वास, अनुमति) की सुचनाएँ और निर्देशन संभवित जोखिम को समझा सके हैं।

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