

## CONSENT FOR USE OF DONOR SPERM / SEMEN IN IVF/ICSI

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

We \_\_\_\_\_ and \_\_\_\_\_ being husband and wife and both of legal age, authorize Dr. \_\_\_\_\_ to use semen/sperm of a donor (ART Bank \_\_\_\_\_: Sample No. \_\_\_\_\_) for achieving conception through IVF/ICSI.

We have been counseled that the procedure carried out does not ensure a positive result, nor does it guarantee a mentally and physically normal child.

We have also been told that the outcome of pregnancy may not be same as those of the general pregnant population, for example in respect of abortion, multiple pregnancies, anomalies or complications of pregnancy or delivery.

We declare that we shall not attempt to find out the identity of the donor.

**I, the husband, also declare that should my wife bear any child or children as a result of such conception (s), such child or children shall be as my own and shall be my legal heir(s).**

The procedure carried out does not ensure a positive result, nor does it guarantee a mentally and physically normal body.

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

### Endorsement by the 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.

Sign :

Sign :

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

## CONSENT FOR USE OF DONOR SPERM / SEMEN IN IVF/ICSI

हम \_\_\_\_\_ और \_\_\_\_\_ पति और पत्नी हैं और दोनों वगैरह हैं और डॉ. \_\_\_\_\_ को दाता के वीर्य से कृत्रिम वीर्यदान से IVF-ICSI पद्धति से पत्नी को गर्भधारण करवाने की प्रक्रिया के लिए अनुमति देते हैं।

(वीर्यदान पहचान नंबर: \_\_\_\_\_, वीर्य बैंक का नाम: \_\_\_\_\_)

हमें समझाया गया है की यह प्रक्रिया करने से गर्भधारण होगा ही या फल स्वरूप जीवित बच्चे का जन्म होगा ही ऐसी कोई गारंटी देने में नहीं आती।

हमको ऐसा भी समझाया गया है कि फलस्वरूप होनेवाला गर्भधारण सामान्य गर्भधारण जैसा नहीं भी हो सकता है। जैसेकी गर्भपात, गर्भधारण के वक्त होनेवाली समस्या। एक से अधिक गर्भधारणा

हम ये घोषणा करते हैं कि हम दाता की पहचान करने का प्रयास नहीं करेंगे।

मैं, पति, ये घोषणा करता हूँ की वीर्यदान के फलस्वरूप मेरी पत्नी से जन्मा हुआ बच्चा या बच्चे मेरे अपने ही होंगे और कानूनी तौरसे मेरे वारसदार रहेंगे।

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 प्रत्येक इलाज पर मान्य रहेगा।

अस्पताल द्वारा समर्थन:

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

सही:

सही:

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