

**CONSENT TO THE USE OF FRESH DONOR EGGS/
EMBRYOS WITHOUT HIV QUARANTINE**

Name _____ ID No.: _____

1. We understand that the time taken for a person to convert from HIV negative to HIV positive can be several months following exposure to the infection. Because of this, a single negative HIV test does not guarantee that an individual is not carrying the HIV infection.
2. We understand that for this reason, donor gamete material is usually held in quarantine for six months to allow a subsequent HIV test to be done on the donor to clear the donated eggs/embryos.
3. We acknowledge that we are prepared to use the donated eggs/embryos from the fact that this donated material has not been subject to a six months quarantine for HIV despite
4. We therefore accept that a small possibility of HIV transmission by the donor material cannot be excluded

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.

**This consent is valid for all treatments carried out _____
(clinic name & address)**

Consent of Husband / Partner (as and if applicable)

As the husband/partner, I consent to the course of the treatment outlined above. I understand that I will become the legal parent of any resulting child, and that the child will have all the normal legal rights on me.

एच. आई. वी. के लिए संसर्ग निरोध (क्वारेन्टिन) न किए हुए स्त्रीबीज / गर्मदान के लिए अनुमति पत्र

१. हम जानते हैं कि किसी भी व्यक्ति में एच.आई.वी. रोग के चिह्न दिखाई देने में अधिक समय लगता है। इस कारण से एक ही बार के एच.आई.वी. के परीक्षण से यह साबित नहीं होता है कि वह व्यक्ति इस रोग का वहन नहीं करता है।
२. हम समझते हैं कि इस कारण से दाता से मिले स्त्रीबीज आम तौर पर छः मास तक क्वारेन्टिन के लिए रखे जाते हैं ताकि बाद में डोनर पर एच.आई.वी. परीक्षण किया जा सके और दाता के स्त्रीबीज / गर्भ क्लीयर किया जा सके।
३. हम स्वीकार करते हैं कि दाता द्वारा _____ दान में मिले स्त्रीबीज / गर्भ का उपयोग करने के लिए तैयार है, यह जानते हुए कि दान में मिले स्त्रीबीज / गर्भ का छः माह (मास) में एच.आई.वी. के लिए पृथक्करण हम नहीं है।
४. इसलिए हम स्वीकार करते हैं कि दान किए स्त्रीबीज / गर्भ से एच.आई.वी. रोग होने की संभावना को नकारा नहीं जा सकता है।

**CONSENT TO THE USE OF FRESH DONOR EGGS/
EMBRYOS WITHOUT HIV QUARANTINE**

अस्पताल द्वारा समर्थन :

मैं/हम ने इस युगल _____ और _____ को प्रत्यक्ष रूप से समझाकर महत्वपूर्ण निर्देशन देकर उनका उनकी / उनके अनुमति पत्र में हस्ताक्षर लेकर विश्वास किया है कि उन्होंने इस अनुमतिपत्र की जानकारी और निर्देशन को समझ लिया है।

यह अनुमति पत्र _____ (क्लिनिक का नाम & पता) में होनेवाले प्रत्येक उपचार के लिए मान्य (अमली) रहेगा।

पति की अनुमति

पति के हक से मैं उपरोक्त दर्शाए उपचार (इलाज) की अनुमति देता हूँ। इस किया से जन्मे मालक का मैं कानूनी पिता रहूँगा और उसे सभी कानूनी अधिकार दूँगा।

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