

FORM G
CONSENT FOR FREEZING OF EMBRYOS

ID No.: _____

We _____ and _____
_____ consent to freeze the embryo/s that have resulted out of our IVF/ICSI with our gametes. We understand that the embryos would be normally kept frozen for six months. If we wish to extend this period, we would let you _____ (clinic name & address) know at least two months ahead of time. If you do not hear from us before that time, you will be free to

(a) use them for research purpose, or (b) dispose them off (c) use the embryo for 3rd party.

We also understand that some of the embryo may not survive the subsequent thaw.

This consent is valid for all treatments carried out at _____ (clinic name & address) In the unforeseen event of death of any of the partner, we would like the frozen embryos

	Husband	Wife
(1) To perish	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) To be handed over to my Wife/Commissioning Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Used for research purpose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) To be donated to a third party	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signed/Dated: _____

Signed/Dated: _____

Endorsement by the _____ (clinic name)

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

गर्भ को फोजन करके और संभाल कर रखने का स्वीकृति पत्र

हम _____ और _____ हमारे एक या उससे अधिक आय.व्ही.एफ./आई.सी.एस. आई. की प्रक्रिया द्वारा बने हुए गर्भ को फोजन करके और संभाल कर रखने के लिए _____ (क्लिनिक का नाम & पता) केन्द्र को स्वीकृति देते हैं। हम जानते हैं कि हमारे गर्भ छः महीने के लिए फोजन करके रखे जायेंगे। इस अवधि से ज्यादा समय के लिए गर्भ फोजन रखने होंगे तो हम _____ (क्लिनिक का नाम & पता) को दो माह पहले जानकारी देगे। यदि इस दौरान हमारी तरफ से कोई जानकारी नहीं दी जाती है तो _____ (क्लिनिक का नाम & पता) को हक है कि इन गर्भ को:

(अ) किसी भी प्रायोगिक प्रक्रिया के लिए इस्तेमाल करें।

(ब) नष्ट करें।

(क) थर्ड पार्टी

हम जानते हैं कि कभी गर्भ को फोजन करके मूलभूत स्थिति में लाने में सफलता नहीं मिलती और ऐसे गर्भ के उपयोग से गर्भधारण का प्रतिशत प्रेश गर्भ के उपयोग से कम होता है।

यह स्वीकृति पत्र _____ (क्लिनिक का नाम & पता) मे होनेवाली प्रत्येक सारवार के लिए मान्य रहेगा। यदि भविष्य में हम दोनों में से किसी एक का निधन हो जाता है तो हमारी ईच्छा है कि,

FORM G
CONSENT FOR FREEZING OF EMBRYOS

	पति	पत्नि
(१) गर्भ का नाश करें	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(२) गर्भ मेरी पत्नि / पति के मिले	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(३) गर्भ को प्रायोगिक प्रक्रिया के लिए इस्तेमाल करें	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(४) थर्ड पार्टी	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

हस्ताक्षर / तारीख: हस्ताक्षर / तारीख:

अस्पताल द्वारा समर्थन :-

मैं / हमने इस युगल _____ और _____ को
प्रत्यक्ष रूप से समझाकर महत्वपूर्ण निर्देश देकर उनके / उनकी / उनका विश्वास पाकर स्वीकृति पत्र पर हस्ताक्षर
लिया है और उन्होंने इस स्वीकृति पत्र की जानकारी और निर्देशन को समझ लिया है।

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