

**CONSENT FORM TO BE SIGNED BY THE COUPLE FOR IVF AND ICSI**

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

We have requested \_\_\_\_\_ (clinic name&address) to provide us with treatment services to help us bear a child.

We understand and accept (as applicable) that:

1. The drugs that are used to stimulate the ovaries to raise oocytes have temporary side effects like nausea, headaches and abdominal bloating. Only in a small proportion of cases, a condition called ovarian hyper-stimulation occurs, where there is an exaggerated ovarian response. Such cases can be identified ahead of time but only to a limited extent. Further, at times the ovarian response is poor or absent, in spite of using a high dose of drugs. Under these circumstances, the treatment cycle will be cancelled.

2. There is no guarantee that:

- a) The oocytes will be retrieved in all cases.
- b) The oocytes will be fertilized.
- c) Even if there is fertilization, the resulting embryos would be of suitable quality to be transferred.

All these unforeseen situations would result in the cancellation of any further treatment.

3. There is no certainty that a pregnancy will result from these procedures even in cases where good quality embryos are transferred.

4. Medical and scientific staff can give no assurance that any pregnancy will result in the delivery of normal living child.

5. Endorsement by the \_\_\_\_\_ (clinic name).

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.

6. This consent would hold good for all the cycles performed at the clinic.

**IVF और ICSI के लिए दंपति का सहमति पत्र**

हम \_\_\_\_\_ सेन्टर से संतानप्राप्ति के लिए इलाज करने की विनती करते हैं।

१. हम समझते हैं और स्वीकार करते हैं (जो लागू होता है वह) कि अंडाशय को उत्तेजित करने के लिए दी जाने वाली दवाइयों का दुष्प्रभाव हो सकता है। जैसे कि सिरदर्द, जी मचलना, पेट में दर्द इत्यादि इन दवाइयों से बहुत ही कम स्त्रीओं में अंडाशय अधिक मात्रा में उत्तेजित होता है। इसके लावा कभी-कभी दवाई की मात्रा बढ़ा देने पर भी अंडाशय की उत्तेजना बहुत ही कम होती है या नहीं भी होती है। ऐसी परिस्थिति में उपचार बंद किया जाता है।

२. ऐसी कोई गारन्टी नहीं दी जाती है कि:

क) सभी केस में स्त्रीबीज प्राप्त होंगे ही

ख) स्त्रीबीज फलित होंगे ही

ग) फलित होने के बाद गर्भाशय में प्रत्यारोपण कर सके उस प्रकार के अच्छे गर्भ बनेंगे ही।

---

**CONSENT FORM TO BE SIGNED BY THE COUPLE FOR IVF AND ICSI**


---

ऐसे विपरीत (संजोग) परिस्थिती में इलाज बंद किया जा सकता है।

3. अच्छी गुणवत्ता के गर्भ रखने के बाद भी गर्भाधारण होगी यह यकिन के साथ कहा नहीं जा सकता।
4. मेडीकल व वैज्ञानिक कर्मचारी यह गारन्टी नहीं दे सकते कि इस इलाज से होनेवाला बालक सामान्य ही होगा।
5. अस्पताल द्वारा समर्थन :

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

6. यह अनुमति पत्र अवैया नॅचरल आय. व्ही. एफ., (ओव्हल हेल्थकेअर प्रा. लि.), मुम्बई में किए गए प्रत्येक इलाज पर मान्य रहेगा।

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