



חוזר המנהל הכללי

מס'

20/07

תאריך

כ"ז חשון תשס"ח (8.11.07)

נושא:

כללים בדבר ניהולו של בנק זרע והנחיות לביצוע הזרעה מלאכותית

מצ"ב הנוהל של בנק זרע והנחיות לביצוע הזרעה מלאכותית.

הנוהל יכנס לתוקף החל מיום 1.6.08. עד אז אבקשכם להערך לפעול על-פי הכללים שנקבעו בנוהל.

אני מודה לכל העושים לגיבוש הנוהל ובראשם עו"ד מירה היבנר-הראל וד"ר יורם לוטן.


בכבוד רב,
פרופי אבי ישראלי

העתק: ח"כ יעקב בן יזרי, שר הבריאות
סב/129695

כללים בדבר ניהולו של בנק זרע והנחיות לביצוע הזרעה מלאכותית

פרק א': הגדרות

- הגדרות 1. בהנחיות וכללים אלה :
- "המנהל" – המנהל הכללי של משרד הבריאות או מי שהוא הסמיכו לעניין תקנות בריאות העם (בנק זרע), תשל"ט – 1979 ;
- "תואר מומחה" – כמשמעותו בתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), תשל"ג – 1973 ;
- הזרעה מלאכותית" – הזרעה מלאכותית באשה על ידי זרע מוקפא, אשר עבר הכנה מעבדתית במעבדה המוכרת ע"י משרד הבריאות ;
- בית חולים" – בית-חולים רשום בהתאם לסעיף 25 לפקודת בריאות העם 1940, לרבות בית-חולים ממשלתי ומרפאה ציבורית ;
- "בנק" – בנק זרע – לשימוש בזרע מוקפא ;
- "ניהול בנק" – לרבות פתיחתו של בנק או קיומו ;
- "תורם" – מי שנותן מרצונו מזרעו לשם הזרעה מלאכותית לנשים ;
- "זרע" – נוזל הזרע והזרעונים ;
- "קרבת משפחה" – הורים, סבים וסבתות, ילדים, אחים ואחיות ;
- "קרוב משפחה מדרגה ראשונה" – הורה, אח או ילד.
- "רופא אחראי" – הבנק ינוהל בבית חולים, על ידי רופא מוסמך בעל תואר מומחה, באחד מהענפים המנויים להלן, ובלבד שעבר הכשרה מתאימה שהכיר בה המנהל: ילוד וגניקולוגיה או אורולוגיה.

פרק ב': בנק הזרע

- ניהול 2. לא ינהל אדם ולא יעסוק בו אלא בהתאם לכללים אלה.
- ייחוד 3. א. לא ינוהל בנק אלא אם המנהל הכיר בו. המנהל לא יכיר בבנק אלא אם הוא מנוהל בבית-חולים וכחלק ממנו.
- ב. הזרעה מלאכותית עם זרע תורם מבנק זרע מוכר תתבצע במחלקה מוכרת בלבד שהיא אחת מהבאים :
- (1) בבית חולים בו מתנהל בנק זרע מוכר.

(2) במחלקות ובמרפאות ציבוריות בהן ניתן טיפול באי-פוריות.

(3) ביחידות מוכרות להפריה חוץ גופית (IVF).

ג. לא תבוצע הזרעה מלאכותית מתורם במרפאה פרטית.

ד. (1) בכל בנק זרע תתפקד מעבדת זרע כהגדרתה בתקנות המעבדות ותנוהל מקצועית ע"י מנהל/ת מעבדה מוסמך.

(2) המעבדה ובנק הזרע ינוהלו באחריותו של מנהל בנק הזרע.

(3) מעבדת בנק הזרע תאויש לפחות ע"י עובד/ת מעבדה מוסמכת אחת במשך כל שעות תפקוד המעבדה.

4. אחראי הבנק ינוהל בבית חולים ע"י רופא אחראי ויבוצעו בו פעולות על-ידו או על-ידי מי שהוסמך על-ידו.

5. בקשה להכרה בקשה להכרה בבנק תוגש על ידי מנהל בית החולים, באמצעות לשכת הבריאות שבתחומה נמצא בית החולים, על גבי טופס שבנספח א'. המנהל רשאי לדרוש מהמבקש פרטים נוספים על אלה המפורטים בבקשה, הנוגעים למבנה, מכשור, צוות ושיטת עבודה של הבנק.

6. הכרה בתנאים המנהל רשאי לקבוע תנאים לניהול בנק זרע. קבע כך המנהל, לא ינוהל הבנק אלא בכפוף לאותם תנאים.

7. אחראי ומנהל בית החולים בו מנוהל הבנק אחראים למילוי הוראות האחראי ומנהל בית החולים וכללים אלה ולפעולות הבנק.

8. קבלת תרומת זרע לבנק ובחירתו תיעשה בהתאם לסעיף 25. זרע

9. א. האחראי ינהל שלוש כרסות / רשומות ממוחשבות נפרדות:

(1) כרטיס תורם;

(2) כרטיס אישה נתרמת;

(3) כרטיס זרע.

ב. כרטיס התורם – (1) יירשם על גבי טופס שבנספח ב' ויכלול את הפרטים הבאים:

צד א'

פרטים אישיים, כולל הקוד המספרי.
שמות הורים ביולוגיים וארץ מוצאם.
אנמנזה לשלילת מחלות משפחתיות ותורשתיות.
תוצאות מעבדה כפי שמפורט בכרטיס תורם.
תוצאות בדיקה גופנית.
מוצא הסבא והסבתא משני הצדדים, שם משפחה וארץ לידה, ככל שניתן.
בדיקת מרכז רישום ארצי.

צד ב'

הצהרה אישית והסכם שמירת סודיות על גבי טופס שבנספח ג.
על הצהרה זו יחתמו התורם והרופא.
כרטיס זה ישמר בכספת / מחשב מוגן כחוק והגישה אליו תהיה על ידי מנהל בנק הזרע או מי שהוסמך מטעמו בלבד.
ג. כרטיס אישה נתרמת – (2) יירשם על גבי טופס שבנספח ד ויכלול את הפרטים הבאים:

צד א'

פרטי האישה ובן זוגה עפ"י ת"ז – עם דגש על המאפיינים הפיזיים והאתניים החשובים לצורך התאמת התורם.
פרטי אישה פנויה – (במקרה של אישה פנויה) עם דגשים כנ"ל.
פרטי קרובי משפחה, כפי שנמסרו על-ידי הנתרמת, בהתאם למה שידוע לה ויעלה בידה לברר:

שם אב ואם ביולוגיים ות"ז ככל שניתן

שם מלא של אחים ומספרי ת"ז שלהם ככל שניתן

צד ב'

רישום שוטף של הדגימות (לפי קוד), ששימשו להזרעת האישה, לפי תאריכים.

כרטיס זה ישמר בנפרד מתיק האישה, ויימצא בבנק הזרע.

ד. כרטיס זרע / רישום ממוחשב – (3) יכלול את הפרטים הבאים:

יסומן ע"י קוד התורם בלבד.

קוד זה יסומן על מבחנת הזרע.

כל דגימה תיבדק במעבדת בנק הזרע לכמות תאי זרע, תנועתיות ומורפולוגיה והתוצאות תרשמנה.

ה. יש לנהל רישום נפרד של הריונות ולידות, ככל שניתן, מזרע התורם.

10. מנהלי בנקי הזרע, המשמשים כנאמניו של בית הדין, אליהם תופנה שאילתא פרטנית ע"י רושמי הנישואין או לבקשת איש ואישה פרטיים, ישיבו האם המועמדים להינשא ו/או הפונים באופן אישי לבנק, הינם קרובי משפחה מדרגה ראשונה.

11. זרע יישמר במבחנה נפרדת, להנחת דעתו של המנהל. שמירת זרע

12. על מבחנת הזרע יסומן קוד מספרי כאמור בסעיף 9(ד) או מספר מזהה סימון מבחנה המפנה לכרטסת הזרע, וכן התאריך בו הוקפא הזרע.

13. על האחראי להימנע מלקבל תרומות זרע רבות מדי מאותו תורם. לעניין הימנעות זה ניתן להזדקק לכרטסת הזרע. על מנת למנוע תרומות זרע במספר מקבלת בנקים על ידי אותו תורם ינוהל רישום מרכזי ארצי אצל מנהל בנק זרע תרומות אחד, אשר ייקבע על ידי המנהל הכללי של משרד הבריאות, אליו יעבירו כל מנהלי בנקי הזרע את מספרי תעודות הזהות של התורמים. פרטים אלו ישמרו בכספת ויהיו חסויים.

14. האחראי ישמור בבנק את טופסי הסכמת התורם כאמור בסעיף 9(ב), שמירת טפסי הסכמת תורם במדור נפרד וסגור (בכספת).

15. הגישה לרישומים בבנק ולמסמכי התורמים תהיה לאחראי בלבד או למי גישה לרישומים שמונה על ידו בכתב לעניין הנחיות אלו.

16. א. המנהל ימנה מפקחים לעריכת ביקורת בבנקים. בקרות

ב. הביקורת תיעשה על ידי צוות של לפחות שני מפקחים, שלפחות אחד מהם הוא בעל תואר מומחה מהמפורטים בהגדרת "רופא אחראי" שבסעיף ההגדרות.

ג. הביקורת תכלול את המתקנים, הציוד בבנק, שיטות עבודה וטיב הזרע. הביקורת לא תכלול שום בדיקה של רישומי תורמים או כל דבר העשוי להביא לזיהויים של תורמים.

17. א. המנהל רשאי לבטל הכרה בבנק אם נוכח כי נתקיים אחד מאלה: ביטול

(1) הופרה או לא קוימה בבנק הוראה מכללים אלה.

(2) נתגלו בו לדעת המנהל, חוסר יכולת, רשלנות או אי-יכולת מקצועית.

ב. מנהל בית החולים, הרואה עצמו נפגע מהחלטת המנהל כאמור בסעיף משנה (א), רשאי לפנות בהשגה לשר הבריאות. ההשגה תוגש תוך 30 יום מקבלת ההודעה על החלטת המנהל. החלטת השר תהא סופית.

פרק ג': הזרעה מלאכותית

18. ייחוד פעולה הזרעה מלאכותית תיעשה רק על ידי רופא מוסמך בעל תואר מומחה בילוד וגינקולוגיה או המתמחה לקראת תואר זה (להלן: הרופא).

19. א. בדיקת האישה הרופא יוכל לבצע הזרעה מלאכותית רק לאחר שוודא שהאישה עברה ברור רפואי לגבי פוריות בבית חולים או במסגרת רפואית אחרת.

ב. כל הוצאת זרע מבנק הזרע למוסדות אחרים, תיעשה לאחר קבלת מסמך החתום ע"י מנהל היחידה בו מטופלת האישה, המבקש את העברת הזרע לאותו מוסד, לשם טיפול באותה אישה. למכתב הבקשה של מנהל היחידה יצורף טופס הסכמה לביצוע הזרעה מלאכותית (נספח ה'-1 או ה'-2), חתום על-ידי מנהל יחידת הפוריות המבקש והמטופלים. הסכמת המטופלים כאמור, יכול שתשלח על טפסים נפרדים מהבקשה ויכול שיופיע במסמך הבקשה (נספח ה'-3).

ג. על המוסדות המקבלים מנות כנ"ל, חובה לנהוג עימן כמתחייב מהכללים לניהול בנק זרע ולדווח לבנק הזרע ממנו קבלו את מנות הזרע, על תוצאות הטיפול של כל מנה ומנה.

20. בחירת זרע במקרה של צורך בהזרעה מלאכותית מזרעו של תורם היא בידי הרופא או מי שמונה מטעמו ובשיתוף המטופלים, בכפוף להוראות אלה. הרופא יוודא, עפ"י מידע שנמסר לו ע"י הנתרמת, שלא תיעשה הזרעה מזרע של תורם שהוא קשור בקרבת משפחה מדרגה ראשונה לנתרמת.

21. ערוב זרע בטיפול פוריות אין לערב זרע של הבעל עם זרע תורם לצורך הזרעה; בטיפול פוריות אין לערב זרע של מספר תורמים לצורך הזרעה.

22. הסבר לבני הזוג על הרופא להסביר לאישה או לאישה ובן זוגה, לפני קבלת הסכמתם לביצוע ההזרעה המלאכותית באישה, שאין ערובה שהאישה תיכנס להריון או שכתוצאה מההזרעה היא תלד. כמו כן עליו להסביר להם כי כפי שהדבר עלול לקרות בהריון טבעי, גם במקרה של הריון כתוצאה מהזרעה מלאכותית, קיימת אפשרות של סיבוכים בעת ההיריון והלידה ויכול להיוולד ילד בעל פגם גופני או נפשי.

23. א. במקרה של הזרעה מלאכותית עם זרע של תורם, יש צורך בקבלת הסכמת האישה ובן זוגה בכתב לביצוע ההזרעה המלאכותית וכן בהצהרת בן הזוג כי הילד שיילד ייחשב לכל דבר כאילו הוא ילדו הטבעי, לרבות לעניין מזונות וירושה, וישא את שם משפחתו. ההסכמה תינתן על גבי טופס כמפורש בנספח ה' – 1.

ב. במקרה של הזרעה מלאכותית באישה פנויה יש צורך בקבלת הסכמת האישה. הסכמה תינתן על גבי טופס כמפורט בנספח ה' – 2.

ג. בני הזוג או האישה הנתרמת ידווחו לבנק הזרע על השגת הריון ועל לידה.

24. איסור גילוי זהות של התורם מצד אחד וזהותה של האישה שהוזרעה בזרעו מצד שני, אסורים בגילוי, לרבות לכל אחד מהם. לא תימסר זהותו של התורם לילד שיילד כתוצאה מפעולה זו ולכל אדם אחר.

25. הגבלה על קבלת זרע של תורם לא יילקח, לא יתקבל ולא ייעשה שימוש בזרע של תורם לשם הזרעה מלאכותית, אם נתקיים אחד מאלה:

(א) איכות הזרע אינה מתאימה לתרומה,

(ב) התורם לא עבר בדיקה רפואית כללית מוקדמת שכללה בדיקה גופנית, ובדיקות כפי שמפורט בכרטיס התורם.

(ג) התורם לא עבר בדיקות מעבדה כנדרש בכרטיס התורם.

(ד) התורם לא עבר בדיקות נוגדנים לגורמי ה- HIV:

(1) בדיקה לנוגדני HIV ביום מתן התרומה.

(2) בדיקה לנוגדני HIV ששה חודשים לאחר מתן התרומה או באחת הבדיקות התקבלה תשובה חיובית.

(ה) התורם לא נתן הסכמתו בכתב על גבי טופס כמפורט בכרטיס התורם (צד ב').

(ו) שם התורם לא נבדק במרכז רישום ארצי.

26. יעוץ בקשר להתאמת בני זוג
בטרם תאושר הזרעה מלאכותית לאישה פנויה או לזוגות שלגביהם מתעוררת שאלה של התאמה מבחינת מצבם השכלי, הבריאותי, הנפשי או הסוציאלי, רשאי הרופא להתייעץ עם מומחים בתחום הפסיכיאטריה, הפסיכולוגיה או העבודה הסוציאלית או מומחים בתחומים אחרים לפי הנדרש.

27. א. שמירת זרע למפקידים
זרע של גבר, שנפגע או עלול להיפגע במערכות ייצור הזרע כתוצאה ממחלה ממארת, קרינה, מחלות אחרות או טיפולים רפואיים, או בשל כל סיבה אחרת, יישמר בבנק הזרע לתקופה אשר תתחשב בגילו, בנתונים הרפואיים ובמצבו המשפחתי.

במעמד השמירה יפרט מפקיד הזרע את התנאים לשימוש בזרע ומה יעשה בזרע במקרה של פטירה.

כמפורט בטופס רצון השומר (נספח ו'), יובהר למפקיד הזרע כי השימוש במנות הזרע יעשה על פי נהלי משרד הבריאות.

ב. במקרה של פטירה ובחלוף שנה ממועדה מותר להשמיד את מנות הזרע של הנפטר, אלא אם בת-זוגו בקשה להמשיך לשמור את הזרע בכפוף לרצון המפקיד כפי שהובעה במעמד השמירה. הפשרת הזרע והשלכתו ייעשו בתום שנה ממועד הפטירה, לאחר קבלת אישורה של ועדה שימנה מנהל בית חולים בהשתתפות מנהל בנק הזרע, והרכבה יכלול משפטן ואיש ניהול סיכונים.

ניתן להשתמש בזרע לצורכי טיפול בבת זוגו של הנפטר, ככל שהדבר ניתן, לפי תנאי הסכמתו של הנפטר (כפי שניתנה בחייו), וזאת בתום ששה חודשים ממועד הפטירה ולאחר קבלת חוות דעת מעובדת סוציאלית שתבהיר שהטיפול נעשה מבחירה מוחלטת ומרצון חופשי ולא מתוך לחץ נפשי, כספי או אחר.

ג. מפקיד הזרע יעדכן את בנק הזרע על שינוי כתובת. בחלוף לפחות עשר שנים ממועד שמירת הזרע ובהעדר כל קשר עם מפקיד הזרע, ובהתחשב בגילו, מותר להפשיר את הזרע לאחר שמנהל בנק הזרע יפנה לוועדה לקבלת אישור להשמדת הזרע.

28. פניה לסמכות הלכתית
זוגות נשואים או נשים פנויות, המבקשים לקבל תשובות לשאלות הלכתיות הנובעות מביצוע נוהל זה, יופנו ע"י מנהלי בנקי הזרע, קודם לביצוע התהליך, לסמכות הלכתית.

העברת מידע 29. מנהלי בנקי הזרע אשר הוכרו על ידי משרד הבריאות, ישמשו כנאמנים של בתי הדין הרבניים ובתי המשפט ויסייעו ככל שניתן, בכפוף לכללי הסודיות הרפואית המחייבת אותם. גופים מסווג בין גופים

מנכ"ל משרד הבריאות ימנה מעת לעת את אחד מבין מנהלי בנקי הזרע המוכרים ע"י משרד הבריאות, כאמור, כנאמן שאצלו תרוכז רשימת שמות תורמי הזרע. נאמן זה יעמוד בקשר מעת לעת עם בתי הדין הרבניים.

מנהל בתי הדין הרבניים יוכר כנאמן של בנקי הזרע ומשרד הבריאות, ועימו ינהל נאמן בתי הדין הרבניים אימות פרטי התורמים עפ"י קודים חסויים שהוסכמו מראש, על-מנת להימנע משימוש בזרע של פסולי חיתון.

כללי החיסיון החלים על מנהל בנק הזרע חלים גם על מנהל בתי הדין – והשימוש במידע שיגיע לידיהם יהא למטרה זו בלבד של הבטחת נישואין כדמו"י במסגרת סמכותו עפ"י חוק.

זרע מנפטר 30. הנחיות היועץ המשפטי לממשלה הנוגעות להפקת זרע מן המת, והוראות מינהל רפואה שיוצאו מעת לעת, מהוות חלק מנוהל זה ומצורפות כנספח ז'.

טיפול בזוגות שאין ביניהם קשר זוגי לצורך הבאת צאצא משותף 31. ביצוע פעולות פוריות באישה מזרעו של גבר, שאינו בן-זוגה, המבקשים להביא ילד בהורות משותפת, ללא קשר זוגי, מותנה בקיומו של הסכם בין הצדדים הכולל את הפרטים הבאים:

א. הסכמת הגבר לפעולה והצהרה כי הוא מודע לחובותיו כלפי היילוד, ללא כל קשר להסכם.

ב. התייחסות לשאלת האפשרות של הצדדים להסכם לחזור בהם והשימוש שייעשה בחומר הגנטי במקרה זה. הקביעה בדבר החומר הגנטי תהא כפופה לכל דין.

ג. הצהרת האם כי אינה "אם נושאת" במשמע חוק ההסכמים לנשיאת עוברים (אישור הסכם ומעמד הילוד), תשנ"ז – 1996.

ד. הצהרת שני הצדדים כי ההסכם לא נעשה כנגד תמורה כספית או אחרת וכי הם נכנסים אליו מרצונם החופשי.

ה. הצהרת שני הצדדים כי אינם נשואים לבני זוג אחרים.

אבטחת מידע 32. כל מידע אשר יימסר לבנקי הזרע עפ"י נוהל זה, יישמר בסודיות, תחת אבטחת מידע, ובהתאם לקבוע בחוק הגנת הפרטיות, התשמ"א – 1981.

מבנה 33. בנק הזרע יתפקד במבנה ראוי אשר יכיל לפחות חדר בדיקת רופא, חדר הזרעה, מזכירות רפואית, חדר מתן זרע נאות, שירותים, מעבדה תקנית, חדר אכסון מיכלים מוגן ומאוורר, אולם המתנה.

(1) מיכלי בנק הזרע ישמרו בחדר ממוגן ע"י מערכת אזעקה הקשורה למוקד מרכזי 24 שעות ביממה.

(2) שמירת מידע - מנהל בנק הזרע אחראי על שמירת סודיות המידע הרפואי.

עובדי בנק הזרע אשר הוסמכו ע"י מנהל בנק הזרע להשתמש במידע בנק הזרע יחתמו על טופס שמירת סודיות.

ביטחון וחסינות 34. כל מידע הנוגע לפעילות בנק הזרע והקשור לתורמים יישמר בכספת תקנית חסינת אש.

במידה שבנק הזרע הנו ממוחשב והמידע שמור במערכת ממוחשבת, חייב המחשב להיות עצמאי, ללא קשר לרשת בי"ח, ללא קשר לאינטרנט או דואר אלקטרוני. הכניסה למערכת המידע תתבצע עפ"י קוד אישי מאובטח וכל אמצעי אבטחה אחר, כפי שיקבע המנהל.

שמירת המידע תגובה בשרת עצמאי אשר יישמר במקום מוגן, או בכל דרך מקובלת אחרת. במידה והשרת נמצא באזור נפרד, העברת המידע תתבצע ע"י סיב עצמאי ולא דרך מערכת החיווט של בי"ח.

נספח א'

בקשה להכרה בבנק זרע

אל: המנהל הכללי של משרד הבריאות

באמצעות לשכת הבריאות המחוזית / הנפתית _____

אני _____

(שם המבקש ומענו)

מנהל ביה"ח _____ מבקש להכיר בבנק הזרע שינוהל

בביה"ח האמור וכחלק ממנו.

פרטים בדבר בית החולים:

1. מענו: _____
2. בעליו ומענו: _____
3. ענפי הרפואה שבו: _____
4. מס' המיטות: _____
5. פירוט המכונים והמעבדות שבו: _____

פרטים בדבר הרופא האחראי לבנק הזרע:

1. שם מלא: _____
2. מענו: _____
3. מס' רישיון רופא ותאריך הוצאתו: _____
4. תואר מומחה: _____
5. מס' תעודת המומחה ותאריך הוצאתה: _____

אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרט מהפרטים שלעיל, או בפרטים שאדרש על ידי המנהל הכללי של משרד הבריאות לעניין זה, סמוך לעשייתו.

חתימה

תאריך

נספח ב'

-סודי-

כרטיס תורם

מס' _____

שם פרטי ושם משפחה: _____ תעודת זהות:

דת / לאום: _____

טלפון: _____: מצב משפחתי: _____ תעסוקה: _____

שנת לידה: _____ ארץ לידה: _____ ארץ מוצא האב: _____ ארץ מוצא האם: _____

שם מלא של אב:

שם מלא של אם:

ארץ מוצא הורי האב:

סב – שם פרטי _____ שם משפחה _____ . סבתא – שם פרטי _____

שם משפחה _____

ארץ מוצא הורי האם:

סב – שם פרטי _____ שם משפחה _____ . סבתא – שם פרטי _____ שם

משפחה _____

משתייך לקהל הכוהנים? כן / לא

תאור חיצוני:

גובה: _____ משקל: _____ מבנה גוף: _____

צבע עור: _____ צבע שיער: _____ צבע עיניים: _____

בדיקה גופנית:

בדיקת אברי המין:

בדיקות מעבדה:

TAY-SACKS _____ SYPHILIS _____ RH -ו- דם _____

HbsAg _____ קריוטיפ _____ סוכר _____

HIV (6 חודשים) _____ HIV בקבלה _____ HCV _____

אנמנזה משפחתית :

-סודי-

הסכמת תורם זרע

אל: ד"ר _____
אני _____ ת.ז. _____
כתובת _____

אני מסכים לתרום מזרעי לשם שימוש בו להזרעה מלאכותית של נשים או לצרכי מחקר, לפי שיקולי בנק הזרע .

אני מסכים בזה ומצהיר כי לא אהיה זכאי לקבל כל פרטים על זהות הנשים, וזהותן תישאר חסויה.

כמו-כן שמי וזהותי או כל פרט אודותיי לא יימסר לאף אדם וישאר חסוי אף הוא, למעט הצלבת נתונים אלה עם מרכז רישום ארצי של תורמים ורישום ארצי של פסולי חיתון.

לפי מיטב ידיעתי :

1. אינני פסול קהל ואין בי פסול יוחסין.
2. אני במצב בריאות תקין, אין לי כל מחלה מדבקת, אינני סובל מכל נכות פיזית או ליקוי נפשי בין כתוצאה מורשת ובין כתוצאה מכל תאונה או מחלה. איני צורך כיום סמים .
3. אין לי כל מחלות מין.
4. לא תרמתי מעולם ולא אתרום זרע בבית-חולים אחר.
5. למיטב ידיעתי, בני משפחתי לא סבלו ואינם סובלים מכל ליקוי גנטי העובר בתורשה .

אני מוכן לעמוד בכל בדיקה רפואית הדרושה לשם קביעה אם ניתן להשתמש בזרעי לשם הזרעה מלאכותית כולל הפקת DNA ולבצע בדיקות לנשאות מחלה גנטית לפי צרכי בנק הזרע, אשר השימוש בו ייעשה רק למטרות בנק הזרע, ואני מוותר על הסודיות הרפואית, כדי שתוכל לקבל לעיוןך כל חומר רפואי שנעשה לגבי.

חותמת הרופא

חתימת הרופא

תאריך _____ מקום _____ שעה _____

תאריך _____

חתימת תורם הזרע

נספח ד'

-סודי-

כרטיס אישה נתרמת

שם פרטי ושם משפחה: _____ תעודת זהות: _____

_____ | | | | | | | | | | | | | | | |

שם קודם _____

דת / לאום: _____

טלפון: _____

כתובת: _____

שנת לידה: _____ ארץ לידה: _____ מוצא האב: _____ מוצא

האם: _____

פרטי קרובי משפחה, כפי שנמסרו על-ידי הנתרמת, בהתאם למה שידוע לה ויעלה בידה

לברר:

שם מלא של אב ביולוגי: _____ ת"ז _____

שם מלא של אם ביולוגית: _____ ת"ז _____

מקום הנישואין של ההורים:

שמות אחים ביולוגיים (פרטי מס' ת"ז):

שם אב חורג: _____ ת"ז _____

שמות ילדי אחים ואחיות של הנתרמת (פרטי מספרי ת"ז):

תאור חיכוני של הנתרמת:

גובה: _____ משקל: _____ מבנה גוף: _____

צבע עור: _____ צבע שיער: _____ צבע עיניים: _____

בדיקות מעבדה:

סוג דם ו-RH _____ SYPHILIS _____

_____ HIV

RUBELLA _____ HbsAg _____ HCV

בדיקה גנטית: הומלץ לאישה לבצע בדיקת סקר גנטיות

אנמנזה משפחתית:

פרטים על בן הזוג:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ שנת לידה: _____ ארץ לידה: _____

ת"ז: _____ דת/לאום: _____ מוצא האב: _____ מוצא האם: _____

תאריך נישואין כפי שמופיע בת"ז: _____

תיאור חיצוני של בן הזוג:

גובה: _____ משקל: _____ מבנה גוף: _____

צבע עור: _____ צבע שיער: _____ צבע עיניים: _____

בדיקות מעבדה: סוג דם ו-RH _____

קוד התורם: _____

רישום הריונות ולידות: _____

נספח ה' - 1

-סודי-

טופס הסכמה: הזרעה מלאכותית מזרע תורם אצל בני זוג

(DONOR ARTIFICIAL INSEMINATION – MARRIED COUPLE)

הסבר: הזרעה מלאכותית מתבצעת במקרים בהם לא מתאפשר הריון מזרעו של בן הזוג. לצורך הזרעה מלאכותית מתורם מתקבל תרחיף זרעונים מוקפא בלבד מבנק זרע מוכר ומורשה על ידי משרד הבריאות.

תרחיף הזרעונים מוזרק לרחם באמצעות קטטר סטרילי בדרך נרתיקית, תוך צווארית או תוך רחמית או שנעשה בו שימוש בטיפולי I.V.F. הסיכויים הידועים להצלחת הטיפול תלויים בגורמים לליקויי הפוריות והם כ- 15% למחזור טיפולי אחד.

שם האישה: _____

שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____

שם בן הזוג: _____

שם משפחה _____ שם פרטי _____ שם האב _____ ת.ז. _____

הננו בעל ואישה נשואים מיום _____.

אנו מצהירים ומאשרים בזאת שקיבלנו הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

שם משפחה

שם פרטי

על הזרעה מזרע תורם, הבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך, אופן ביצועו וסיכויי הצלחתו (להלן: "הטיפול").

הוסברו לנו תופעות הלוואי האפשריות, לרבות: כאבי בטן קלים ודימום קל שהולכים ופוחתים בדרך כלל תוך מספר שעות לאחר ההזרעה. כמו כן הוסבר לנו הסיבוך האפשרי של זיהום באברי המין הפנימיים שלעיתים ילווה בכאב ו/או חום גבוה ויצריך אשפוז ובמקרים נדירים יגרום לסתימת החצוצרות.

הוסבר לנו כי השימוש בזרע מוקפא, למרות כל הבדיקות הנערכות בו, אין בו כדי למנוע העברת מחלות באופן מוחלט.

הוסבר לנו כי אין כל בטחון שכתוצאה מההזרעה האישה תהרה, או שכתוצאה מההזרעה היא תלד.

כמו כן, קיימת אפשרות של סיבוכים בעת ההיריון והלידה וכן תיתכן לידה של ילד/ים במצב בריאות פיזי או נפשי לא תקין, או בעל/י מום, או בלתי נורמלי/ים וכן בעל/י נטיות תורשתיות או כל סטייה אחרת מהרגיל, כפי שהדבר עלול לקרות בהריון טבעי.

אנו מסכימים, כי התורם או התורמים של הזרע שבו יעשה שימוש בהזרעה יבחר על ידי הרופא ולפי שיקול דעתו ובהסכמתו ולא נהיה רשאים לדעת את זהותו של האדם שבזרעו נעשה שימוש בהזרעת האישה, או את סגולותיו, או כל פרט אחר הקשור בו או במשפחתו.

אנו נותנים בזאת את הסכמתנו לביצוע הטיפול.

אנו יודעים ומסכימים לכך שהטיפול יעשה בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות וכי לא הובטח לנו שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בכפוף לחוק.

אנו מוותרים בשמנו, בשם יורשנו, עזבוננו ונציגנו החוקיים ובשם מי שיבוא במקומנו, על כל טענה או כל תביעה מסוג כלשהו בכל הקשור או הנובע מן הבדיקות והטיפולים שיעשו לשם ביצוע ההזרעה המלאכותית, מן ההזרעה עצמה, מבחירת הזרע והתורם או סגולותיו האישיות, התורשתיות, הרוחניות, הגופניות, ארץ מוצאו או העדה עימה הוא נמנה וכן לגבי הילד/ים שיוולדו, אם יולדו, מינום מראה/ם החיצוני, אופיו/ם, סגולותיו/ם או מצב בריאותו/ם.

אנו מסכימים ומצהירים כי הילד/ים שיוולדו/ו כתוצאה מההזרעה ישא/ו את שמנו ויחשב/ו כבננו/בתנו לכל דבר ועניין, לרבות עניין מזונות וירושה. אנו מתחייבים לדווח לבנק הזרע על תוצאות הטיפול.

- הובא לידיעתי כי ניתן להיוועץ בסמכות הלכתית.
- הובא לידיעתי כי אני יכולה לעבור בדיקות גנטיות על מנת לשלול נשאות גנטית לפני ביצוע ההזרעה.
- לפי מיטב ידיעתנו, לאחר שבדקנו, איש מבין קרובי משפחתנו מדרגה ראשונה לא תרם זרע.

תאריך	חתימת האישה	חתימת בן הזוג
-------	-------------	---------------

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לבני הזוג את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הם חתמו על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינו את הסברי במלואם.

המקום	שם/חתימת הרופא/ה	חותמת הרופא/ה
מס' רישיון		

-סודי-

טופס הסכמה : הזרעה מלאכותית עם זרע של תורם לאישה פנויה

(Donor ARTIFICIAL INSEMINATION- SINGLE WOMAN)

הסבר : לצורך הזרעה מלאכותית מתקבל תרחיף זרעונים מוקפא בלבד מבנק זרע מוכר ומורשה על ידי משרד הבריאות.

תרחיף הזרעונים מוזרק לרחם באמצעות קטטר סטרילי בדרך נרתיקית, תוך צווארית או תוך רחמית או שנעשה בו שימוש בטיפול I.V.F. הסיכויים הידועים להצלחת הטיפול תלויים בגורמים לליקויי הפוריות והם כ - 15% למחזור טיפולי אחד.

שם האישה: _____

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

ת.ז.

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלתי הסבר מפורט בעל פה מד"ר _____

שם משפחה

שם פרטי

על הזרעה מזרע תורם, הבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך, אופן ביצועו וסיכויי הצלחתו (להלן: " הטיפול").

הוסברו לי תופעות הלוואי האפשריות, לרבות: כאבי בטן קלים ודימום קל שהולכים ופוחתים בדרך כלל תוך מספר שעות לאחר ההזרעה. כמו כן הוסבר לי הסיבוך האפשרי של זיהום באברי המין הפנימיים שלעיתים ילווה בכאב ו/או חום גבוה ויצריך אשפוז ובמקרים נדירים יגרום לסתימת החצוצרות.

הוסבר לי כי השימוש בזרע מוקפא, למרות כל הבדיקות הנערכות בו, אין בו כדי למנוע העברת מחלות באופן מוחלט.

הוסבר לי כי אין כל בטחון שכתוצאה מההזרעה אכנס להריון, או שכתוצאה מההזרעה אלד.

כמו כן, קיימת אפשרות של סיבוכים בעת ההיריון והלידה וכן תיתכן לידה של ילד/ים במצב בריאות פיזי או נפשי לא תקין, או בעלי מום, או בלתי נורמלי/ים וכן בעלי נטיות תורשתיות או כל סטייה אחרת מהרגיל, כפי שהדבר עלול לקרות בהריון טבעי. אני מסכימה, כי התורם או התורמים של הזרע שבו יעשה שימוש בהזרעה, או הזרע עצמו יבחר על ידי הרופא ולפי שיקול דעתו ובהסכמתו ולא אהיה רשאית לדעת את זהותו של האדם שבזרעו נעשה שימוש, או את סגולותיו, או כל פרט אחר הקשור בו או במשפחתו.

אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול.

אני יודעת ומסכימה לכך שהטיפול יעשה בידי מי שהדבר יוטל עליו, בהתאם לנהלים ולהוראות וכי לא הובטח לי שיעשו, כולם או חלקם, בידי אדם מסוים, ובלבד שיעשו באחריות המקובלת בכפוף לחוק.

אני מוותרת בשמי, בשם יורשי, עזבוני ונציגי החוקיים ובשם מי שיבוא במקומי, על כל טענה או כל תביעה מסוג כלשהו בכל הקשור או הנובע מן הבדיקות והטיפולים שיעשו לשם ביצוע ההזרעה המלאכותית, מן ההזרעה עצמה, מבחירת הזרע והתורם או סגולותיו האישיות, התורשתיות, הרוחניות, הגופניות, ארץ מוצאו או העדה עימה הוא נמנה וכן לגבי הילד/ים שיוולדו, אם יולדו, מינום מראה/ים החיצוני, אופיו/ם, סגולותיו/ם או מצב בריאותו/ם.

אני מסכימה ומצהירה כי הילד/ים שיוולדו כתוצאה מההזרעה ישאו את שמי ויחשבו/כבני/בתי לכל דבר ועניין, לרבות עניין מזונות וירושה.

אני מתחייבת לדווח לבנק הזרע על תוצאות הטיפול ועל כל הריון ולידה שבאו בעקבותיו.

- הובא לידיעתי כי ניתן להיוועץ בסמכות הלכתית.
- הובא לידיעתי כי אני יכולה לעבור בדיקות גנטיות על מנת לשלול נשאות גנטית לפני ביצוע ההזרעה.
- לפי מיטב ידיעתי, לאחר שבדקתי, איש מבין קרובי משפחתי מדרגה ראשונה לא תרם זרע.

אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לאישה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא
חתמה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם.

מס'

חותמת הרופא/ה

שם/חתימת הרופא/ה

המקום

רשיון

נספח ה' – 3

תאריך: _____

לכבוד

בנק הזרע

ביה"ח _____

הנדון: _____ (שם + ת"ז)

אנו מאשרים שהגברת / בני הזוג הנ"ל מטופלת/ים ביחידתנו בטיפולי הפריה חוץ גופית / הזרעה תוך רחמית.

הריני לאשר כי המטופלת / המטופלים חתמו בפני על טופס הסכמה לביצוע הזרעה מלאכותית מזרע תורם.

הריני מתחייב לנהוג במנת / מנות הזרע כמתחייב מהכללים לניהול בנק זרע ולדווח לבנק הזרע על תוצאות הטיפול של כל מנה ומנה.

הריני מבקש להעביר ליחידתנו / ביה"ח את מנת הזרע עבור הנ"ל.

בברכה,

חתימת מנהל היחידה

נספח ו'

-סודי-

כרטיס שומר זרע

תאריך: _____

כרטיס שומר מס' ת"ז _____

שם: _____ שנת לידה: _____

כתובת: _____ טלפון: _____

מצב משפחתי: _____

סיבה להקפאה: _____

סוג טיפול: _____

מחלות אחרות: _____

אני הח"מ פונה אליכם בבקשה לאחסון ולשמירת מנות זרע מזרעי בבנק הזרע. ידוע לי והוסבר לי כי הזרע ישמר בהתאם למידע הטכנולוגי הקיים היום בבית החולים.

כמו כן הוסבר לי כי אין מידע לגבי עמידות הזרע לתקופה ארוכה ותתכן פגיעה בטיבו ופעילותו של הזרע במהלך השנים. הוסברה לי האפשרות של כשל טכני בשמירת הזרע.

על אף האמור לעיל ולמרות ידיעתי המפורשת כי הזרע עלול להיהרס ולהיפגע, אני מעוניין למסור מזרעי ולשומרו בבנק הזרע – על חשבוני.

אני מתחייב לשלם את כל הסכומים הנגבים בבנק הזרע שידרשו על ידכם בתשלום מראש כפי שאדרש. במידה ולא אשלם, אני פוטר את הבנק מלאחסון את מנות הזרע שהקפאתי.

אני פוטר את המדינה, משרד הבריאות, המרכז הרפואי, בנק הזרע, ההנהלה, הצוות או כל גוף אחר מטעמו, מכל אחריות לכל נזק ישיר או עקיף שיגרם לזרע או עקב הרס הזרע או עקב שימוש בזרע האמור ותוצאות ההזרעה, הן לגבי האישה מקבלת הזרע והן לגבי ההיריון אם האישה תהרה והוולד שיוולד אם נולד.

רצון השומר (ימולא ע"י בגיר בלבד):

___ השימוש בזרע לצורך עצמי, יעשה בהתאם להוראותיי בכתב בלבד.

___ במידה ולא אוכל לתת הוראה מכל סיבה שהיא, לרבות פטירה, אני מאשר שימוש בזרעונים לצורך טיפולי פוריות לבת זוגי.

שם: _____ ת"ז: _____ קרבה: _____

טלפון: _____

במידה והנזכרת מעלה לא תפנה מיוזמתה עד שנה ממועד פטירתי לבנק הזרע, אני מביע את הסכמתי להפשרת הזרע הקפוא.

___ במקרה של פטירתי, אינני מאשר שימוש בזרעי הקפוא, ואני מורה לבנק הזרע להפשירו.

הובהר לי והבנתי שבעצם הקפאת הזרע אין התחייבות או הבטחה של בנק הזרע או נציגו להביא לידי הריון ולידה שמקורם בזרע המוקפא.

ניתן להשתמש בטופס זה כהוכחה לרשויות, כאישור הסכמתי לאבהות בתנאים האמורים לעיל.

ולראיה באתי על החתום: _____
חתימת מנהל בנק הזרע:

מקום החתימה: _____
תאריך החתימה: _____ שעת החתימה: _____

נספח ז'

טופס רשות
פרטי הוצאת זרע

הריון	תאריך הקפאה	מס' תורם	טיב הריר	טיפולים	יום מחזור	תאריך