

유전적 부모 동의서					
유전적 부	성명		상담자	성명	
유전적 모	성명		담당의사	성명	
<p>본 동의서는 대리모를 통한 임신과 출산에 동의하는 서류로서 동의권자는 배아생성의료기관으로부터 충분한 설명을 들은 후 신중히 결정하여야 합니다.</p> <p>이와 관련하여 다음의 각 항목에 대해 상담자의 설명을 들은 후 공란에 기입을 하고, 본인이 충분히 이해하였다고 판단하면 <input type="checkbox"/> 란에 <input checked="" type="checkbox"/> 표를 하십시오.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 동의권자는 대리모와 금전적인 이해관계가 있지 아니하며 임신과 출산에 소용되는 실비만을 지급할 수 있다는 설명을 들었습니다. ---<input type="checkbox"/> ● 동의권자는 대리모를 통해 태어난 출생자의 법적 지위가 유전적 친자와 동일하다는 것을 인지하고 있으며 최선을 다해 건강하게 양육을 할 것을 서약합니다. ---<input type="checkbox"/> ● 동의권자는 담당의사로부터 과배란 유도과 난자채취 시술과정과 시술과정에서 예상되는 합병증과 후유증에 관하여 (별첨) 충분히 설명 들었습니다. ---<input type="checkbox"/> ● 동의권자는 대리모에 대한 배아이식 시술 이전에 상담자나 담당의사를 통해 언제든지 동의 의사를 철회할 수 있습니다. ---<input type="checkbox"/> <p>본인은 상기 내용을 충분히 이해한 후 기입을 하였고 시술과 관련된 내용 및 합병증 (별첨 내용)을 충분히 이해한 후 대리모를 통한 임신과 출산을 결정하였습니다.</p> <p>작성 년 월 일 : _____ 년 _____ 월 _____ 일</p> <p>유전적 부 : _____ (인) 주민등록번호: _____ -</p> <p>유전적 모 : _____ (인) 주민등록번호: _____ -</p> <p>주 소 : _____</p> <p>핸 드 폰 : _____ , 전 화 번 호 : _____</p> <p>상 담 자 : _____ (인)</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">0000 원장 귀하</p>					

난자채취와 체외수정의 시술과정 및 합병증에 대한 설명 (유전적 부모용)

1. 과배란 유도 과정과 합병증

과배란 유도를 위해 호르몬 제재 주사를 맞습니다. 이때 주사 부위에서 일시적으로 약간의 발적, 가려움 그리고 팽윤이 나타날 수 있습니다. 때때로 난소비대로 인한 복부 팽창과 복부 통증을 수반 할 수 있으나, 일시적인 증상으로 2-3주 안에 회복됩니다. 이러한 **난소 과자극 증후군**이 유발되어 심한 경우에는 드물지만 복수가 차고, 호흡이 곤란한 증상이 나타날 수 있습니다. 이때는 충분한 휴식과 정기적인 치료가 필요하며 입원하여 치료를 할 경우도 있습니다.

2. 초음파에 의한 난자 채취

난포로부터 난자를 채취하는 과정으로 가벼운 마취하에 시술하므로 통증은 거의 없으나, 시술과정에서 골반이나 복부 통증이 약하게 느끼거나 불편감을 느낄 수도 있습니다. 그러나 심각한 손상은 거의 없습니다.

감염에 의한 합병증이 나타날 수 있고, 출혈에 의한 빈혈이 초래될 수도 있습니다.

3. 수정 및 배아 이식

채취한 난자와 정자를 최적의 조건에서 수정시킨 후 정상적으로 자란 배아를 대리모 의 자궁 내로 이식합니다. 이식후 남은 잔여 배아는 동결 보존하거나 폐기 처분됩니다.