

با امضای فرم زیر، موافقت و رضایت خود را با اظهارات و اطلاعات ذیل بیان می دارم:

۱. با اطلاع از اینکه در مرکز درمان ناباروری در حال حاضر دسترسی به آزمایش کووید-۱۹ وجود ندارد. (این بند در صورت عدم امکان انجام تست در مرکز درج شود)
 ۲. اگر من مستقیماً در معرض کووید-۱۹ قرار بگیرم و به آن آلوده و یا مبتلا شوم یا علائم مربوط به هرگونه بیماری تب دار مانند علائم آنفولانزا را داشته باشم که احتمال دارد کووید-۱۹ باشد (حتی در صورت عدم وجود آزمایش کووید-۱۹ مثبت) ، سیکل درمانی من / ما لغو خواهد شد.
 ۳. در صورت تغییر در مقررات در سطح شهرستان ، استان یا کشور مانند صدور یک دستورالعمل برای متوقف کردن ارائه خدمات یا الزام به تعطیلی مراکز درمان ناباروری، ممکن است سیکل درمان من / ما لغو شود.
 ۴. ممکن است در حین دریافت خدمات درمانی، توسط سایر بیماران یا پرسنل مرکز ناباروری در معرض ابتلا به کووید-۱۹ قرار بگیرم.
 ۵. خطرات کووید-۱۹ بر روی بارداری ناشناخته است، اما بر حسب شدت علائم در مادر می تواند طیف متفاوتی از تاثیر شامل نقایص هنگام تولد، سقط جنین، زایمان زودرس یا سایر عوارض بارداری باشد.
 ۶. اگر بر اساس توصیه ها و اطلاعات جدید لغو درمان را برای سلامت من یا بارداری آینده من یا کارکنان کلینیک الزامی باشد، اعتراضی به لغو سیکل درمانی ندارم.
 ۷. برای من توضیح داده شده است که به منظور به حداقل رساندن خطرات احتمالی اشاره شده در موارد بالا، امکان به تعویق انداختن درمان وجود دارد.
 ۸. اگر به هر دلیلی سیکل درمانی من لغو شود، من مسئول جبران هزینه های درمانی برای هرگونه خدمات انجام شده هستم.
 ۹. در مورد خطرات و پیامدهای کووید-۱۹ با پزشک خود صحبت کرده ام و فرصت کافی برای پرسش و دریافت پاسخ داشته ام.
 ۱۰. می دانم که اطلاعات مربوط به کووید-۱۹ و درک جوامع پزشکی از این بیماری به سرعت در حال تحول است و ممکن است خطرات یا ملاحظات دیگری آشکار شود.
- با امضا نمودن این برگه، من / ما تأیید می کنیم که اطلاعات فوق در مورد کووید-۱۹ را مطالعه نموده ایم، فرصتی برای گفتگو در مورد این اطلاعات و برنامه درمانی خود با پزشک معالج داشتیم و اکنون موافقت خود را برای ادامه درمان ناباروری، از جمله روشهای کمک باروری ART (در صورت لزوم) بیان می داریم.

تاریخ	امضا	نام تایپ شده
تاریخ	امضای بیمار	نام تایپ شده بیمار
تاریخ	امضای همسر	نام تایپ شده همسر