

Ο ΠΕΡΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

ΝΟΜΟΣ Ν. 69(Ι)/2015 ΟΠΩΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΘΗΚΕ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΥ/ΜΑΙΕΥΤΗΡΑ ΟΤΙ Η ΤΕΚΜΑΙΡΟΜΕΝΗ ΜΗΤΕΡΑ  
ΕΙΝΑΙ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΑΔΥΝΑΤΟ ΝΑ ΚΥΟΦΟΡΗΣΕΙ ΚΑΙ ΟΤΙ ΕΓΙΝΑΝ ΟΙ  
ΕΝΔΕΙΚΝΥΟΜΕΝΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΖΕΥΓΑΡΙ Ή ΤΗ ΜΟΝΗΡΗ  
ΓΥΝΑΙΚΑ  
(ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ)

Αριθμός Εντύπου: **ΕΖΠΘΜ-2**

Για χρήση μόνο από το Συμβούλιο Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (ΣΙΥΑ)																				
Ημερομηνία Παραλαβής από το ΣΙΥΑ																				
Τρόπος αποστολής του εντύπου στο ΣΙΥΑ																				
Με το χέρι:																				
Με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο:																				
Με φαξ:																				
Με το ταχυδρομείο:																				
Με άλλο τρόπο (εξηγήστε):																				
Όνοματεπώνυμο του ατόμου που παρέλαβε το έντυπο εκ μέρους του ΣΙΥΑ:																				
Αριθμός αίτησης από το ΣΙΥΑ:							2	0	2	6	-	Z	Π	Θ	M	-				

Ο/Η Γυναικολόγος/Μαιευτήρας πιο κάτω γράφει τον αριθμό του Δελτίου Ταυτότητας και το ονοματεπώνυμο της Τεκμαιρόμενης Μητέρας (δηλ. της γυναίκας που επιθυμεί να αποκτήσει παιδί με Παρένθετη Μητέρα)														
Δ	Τ													
Όνομα							Επίθετο							

Υπογραφή σελίδας			
Υπογραφή Γυναικολόγου/ Μαιευτήρα:			Ημερομηνία:

Ο ΠΕΡΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

ΝΟΜΟΣ Ν. 69(Ι)/2015 ΟΠΩΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΘΗΚΕ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΥ/ΜΑΙΕΥΤΗΡΑ ΟΤΙ Η ΤΕΚΜΑΙΡΟΜΕΝΗ ΜΗΤΕΡΑ  
ΕΙΝΑΙ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΑΔΥΝΑΤΟ ΝΑ ΚΥΟΦΟΡΗΣΕΙ ΚΑΙ ΟΤΙ ΕΓΙΝΑΝ ΟΙ  
ΕΝΔΕΙΚΝΥΟΜΕΝΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΖΕΥΓΑΡΙ Ή ΤΗ ΜΟΝΗΡΗ  
ΓΥΝΑΙΚΑ

(ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ)

Αριθμός Εντύπου: **ΕΖΠΘΜ-2**

Το έντυπο αυτό πρέπει να συμπληρώνεται από Γυναικολόγο/Μαιευτήρα που θα αναλάβει την συμπλήρωση του αφού λάβει εκθέσεις και από άλλους ειδικούς που θα αναφέρονται στα αποτελέσματα των δικών τους εξετάσεων.

Με το έντυπο αυτό ο/η εγγεγραμμένος/η, στην Κυπριακή Δημοκρατία, Γυναικολόγος/Μαιευτήρας πρέπει να βεβαιώνει το Συμβούλιο Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (ΣΙΥΑ) ότι η Τεκμαιρόμενη Μητέρα, που έχει εξετάσει αυτοπροσώπως στην Κύπρο, είναι ιατρικώς αδύνατο να κυοφορήσει σύμφωνα με το Άρθρο 23(3α) του Περί της Εφαρμογής της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής Νόμο Ν.69(Ι)/2015 όπως τροποποιήθηκε. Επιπρόσθετα, με το έντυπο αυτό, ο/η Γυναικολόγος/Μαιευτήρας επιβεβαιώνει ότι, ανάλογα με τη περίπτωση, μπορεί να έγιναν και άλλες ιατρικές εξετάσεις από εγγεγραμμένους ιατρούς της Κυπριακής Δημοκρατίας σύμφωνα με τα Άρθρα 21(3) ή/και 23(ζ) του πιο πάνω Νόμου.

Αφού συμπληρωθεί και υπογραφεί από τον/την Γυναικολόγο/Μαιευτήρα, σε όλες τις σελίδες, το έντυπο αυτό θα πρέπει να αποδοθεί στην Τεκμαιρόμενη Μητέρα ή/και τον σύζυγο/σύντροφο της για να αποσταλεί με τα υπόλοιπα στοιχεία που απαιτούνται στο ΣΙΥΑ. Εάν τα έντυπα της αίτησης αυτής ή/και τα πιστοποιητικά που χρειάζονται αποσταλούν με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο ή/και με φαξ, τότε απαιτείται η κατάθεσή τους σε πρωτότυπη μορφή.

Υπογραφή σελίδας			
Υπογραφή Γυναικολόγου/ Μαιευτήρα:		Ημερομηνία:	

<b>1. Πληροφορίες για τον/την εγγεγραμμένο/η Γυναικολόγο/Μαιευτήρα που αξιολογεί την Τεκμαιρόμενη Μητέρα και συμπληρώνει το έντυπο αυτό.</b>			
Όνοματεπώνυμο:			
Ειδικότητα:	<b>Γυναικολόγος/Μαιευτήρας</b>		
Αριθ. Ταυτότητας:		Αριθ. Κινητού τηλεφώνου:	
Αριθμός εγγραφής στο Ιατρικό Μητρώο της Κυπριακής Δημοκρατίας:			
Όνομα Κλινικής ή Νοσοκομείου ή Ιατρείου ή Γραφείου:			
Διεύθυνση Κλινικής ή Νοσοκομείου ή Ιατρείου ή Γραφείου:			
Τηλ. Εργασίας:			
Αριθ. Φαξ:			
Διεύθ. ηλεκτρονικού ταχυδρομείου:			

<b>Υπογραφή σελίδας</b>			
Υπογραφή Γυναικολόγου/Μαιευτήρα:		Ημερομηνία:	

**2. Πληροφορίες για την Τεκμαιρόμενη Μητέρα (δηλαδή την γυναίκα που επιθυμεί να αποκτήσει παιδί με Παρένθετη Μητέρα).**

Όνομα:			
Επίθετο:			
Αριθ. Ταυτότητας:			
Χώρα έκδοσης της ταυτότητας:		Ημερομηνία Γέννησης:	
Εθνικότητα:			

**3. Πληροφορίες για τον σύζυγο/σύντροφο της Τεκμαιρόμενης Μητέρας, εάν υπάρχει**

Όνομα:			
Επίθετο:			
Αριθ. Ταυτότητας:			
Χώρα έκδοσης της ταυτότητας:		Ημερομηνία Γέννησης:	
Εθνικότητα:			

**4. Σύμφωνα με το Άρθρο 21(3) του Περί της Εφαρμογής της Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής Νόμο Ν. 69(Ι)/2015 όπως τροποποιήθηκε, εάν η Τεκμαιρόμενη Μητέρα ή/και ο σύζυγος/σύντροφος της θα υποβληθούν σε μεθόδους Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (ΙΥΑ) θα πρέπει να διενεργηθεί υποχρεωτικός εργαστηριακός/βιολογικός έλεγχος σύμφωνα με τις διατάξεις του Άρθρου 37 του Περί Προτύπων Ποιότητας και Ασφάλειας (Δωρεά, Προμήθεια, Έλεγχος, Επεξεργασία, Συντήρηση, Αποθήκευση και Διανομή) Ανθρώπινων Ιστών και Κυττάρων Νόμου.**

Οι εξετάσεις αυτές πρέπει, **τουλάχιστον**, να περιλαμβάνουν: HIV-1 (anti-HIV-1), HIV-2 (anti-HIV-2), Ηπατίτιδα Β (HBsAg, anti-HBc), Ηπατίτιδα C (anti-HCV-Ab), σύφιλη (VDRL). Οι δότες σπέρματος πρέπει να είναι αρνητικοί για Chlamydia (χλαμύδια) σε δείγμα ούρων με την μέθοδο πολλαπλασιασμού των νουκλεϊκών οξέων (NAT). Όπου ενδείκνυται ανίχνευση αντισωμάτων HTLV-1 και HTLV-2, CMV, Rh D, ελονοσία, T. Cruzi. Ανάλογα με την περίπτωση και κατόπιν συγκατάθεσης πρέπει να διενεργούνται γενετικοί έλεγχοι για την αποφυγή μετάδοσης κληρονομικών γενετικών παθήσεων. Όλες οι πιο πάνω εξετάσεις πρέπει να διενεργούνται στην Κυπριακή Δημοκρατία.

**Πέραν από τις πιο πάνω εξετάσεις, θα πρέπει να διενεργούνται οποιοσδήποτε άλλες εξετάσεις, στην Κυπριακή Δημοκρατία, που κατά την κρίση του/της Γυναικολόγου/Μαιευτήρα/ος θα βοηθήσουν στην προστασία της υγείας του ζευγαριού ή/και της Παρένθετης Μητέρας ή/και του παιδιού που θα γεννηθεί μέσω της Παρένθετης Μητέρας.**

Η Τεκμαιρόμενη Μητέρα θα δώσει ωάρια;	Γράψετε δεξιά Ναι ή Όχι	
Εάν πιο πάνω η απάντηση ήταν "Ναι", υποβλήθηκε στις πιο πάνω εξετάσεις η Τεκμαιρόμενη Μητέρα;	Γράψετε δεξιά Ναι ή Όχι	
Ο σύζυγος/σύντροφος της Τεκμαιρόμενης Μητέρας, εάν υπάρχει, θα δώσει σπέρμα;	Γράψετε δεξιά Ναι ή Όχι	
Εάν πιο πάνω η απάντηση ήταν "Ναι", υποβλήθηκε στις πιο πάνω εξετάσεις ο σύζυγος/σύντροφος της Τεκμαιρόμενης Μητέρας;	Γράψετε δεξιά Ναι ή Όχι Δεν ισχύει	

**Υπογραφή σελίδας**

Υπογραφή Γυναικολόγου/ Μαιευτήρα:		Ημερομηνία:	
---	--	-------------	--

5. Σύμφωνα με το Άρθρο 23(ζ) του Περί της Εφαρμογής της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής Νόμο Ν. 69(Ι)/2015 όπως τροποποιήθηκε, τόσο η Τεκμαιρόμενη Μητέρα όσο και ο σύζυγος/σύντροφος της, εάν υπάρχει, θα πρέπει να υποβληθούν σε ιατρικές εξετάσεις που να βεβαιώνουν, στο μέτρο του δυνατού, την καλή κατάσταση της υγείας τους (Το σκεπτικό είναι ότι το παιδί που επιθυμεί να αποκτήσει το ζευγάρι ή η μονήρης γυναίκα, μέσω της διαδικασίας Παρένθητης Μητρότητας, έχει το δικαίωμα να απολαμβάνει την παρουσία και των δύο γονέων του).

Για να απαντήσει ο/η εγγεγραμμένος/η Γυναικολόγος/Μαιευτήρας τα πιο κάτω ερωτήματα, μπορεί, εάν κατά την κρίση του/της χρειάζεται, να ζητήσει από εγγεγραμμένους ιατρούς στην Κυπριακή Δημοκρατία άλλων ειδικοτήτων να τον/την εφοδιάσουν με σχετικές ιατρικές εκθέσεις.

Στο μέτρο του δυνατού, μπορείτε να βεβαιώσετε το Συμβούλιο Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής ότι η υγεία της Τεκμαιρόμενης Μητέρας, που αυτοπροσώπως εξετάσατε, είναι καλή;	Γράψετε δεξιά Ναι ή Όχι	
Στο μέτρο του δυνατού, μπορείτε να βεβαιώσετε το Συμβούλιο Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής ότι η υγεία του συζύγου/συντρόφου της Τεκμαιρόμενης Μητέρας, εάν υπάρχει, είναι καλή;	Γράψετε δεξιά Ναι ή Όχι	
Εάν πιο πάνω απαντήσατε με όχι, παρακαλείσθε, πιο κάτω, να εξηγήσετε σύντομα τους λόγους της απάντησης σας.		

<b>Υπογραφή σελίδας</b>			
Υπογραφή Γυναικολόγου/ Μαιευτήρα:		Ημερομηνία:	

6. Από τις δικές σας εξετάσεις ή/και ιατρικές εκθέσεις από εγγεγραμμένους ιατρούς της Κυπριακής Δημοκρατίας άλλων ειδικοτήτων καταλήγεται στο συμπέρασμα ότι η Τεκμαιρόμενη Μητέρα είναι ιατρικώς αδύνατο να κυοφορήσει;

Απάντηση:  
(Ναι ή Όχι)

7. Γράψετε σύντομα τα ιατρικά ευρήματα που σας οδήγησαν στο συμπέρασμα ότι η γυναίκα που έχετε εξετάσει αυτοπροσώπως στην Κυπριακή Δημοκρατία, που καταγράφεται στην Παράγραφο 2 του εντύπου αυτού είναι ιατρικώς αδύνατο να κυοφορήσει.

Όνοματεπώνυμο Γυναικολόγου/Μαιευτήρα:			
Υπογραφή Γυναικολόγου/Μαιευτήρα:		Ημερομηνία:	
Σφραγίδα:			