

Ο ΠΕΡΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ
ΝΟΜΟΣ Ν. 69(Ι)/2015 ΟΠΩΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΘΗΚΕ

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΟΥ/ΜΑΙΕΥΤΗΡΑ ΟΤΙ ΕΓΙΝΑΝ ΟΛΕΣ ΟΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ
ΙΑΤΡΙΚΕΣ/ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ ΠΟΥ ΕΠΙΘΥΜΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ
ΠΑΡΕΝΘΕΤΗ ΜΗΤΕΡΑ

(ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ)

Αριθμός Εντύπου: **ΕΠΘ-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	-		

Πιο κάτω να γραφεί το Δελτίο Ταυτότητας και το ονοματεπώνυμο της Τεκμαιρόμενης Μητέρας (δηλ. της γυναίκας που θέλει 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 ΕΓΙΝΑΝ ΟΛΕΣ ΟΙ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΕΣ
ΙΑΤΡΙΚΕΣ/ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΑ ΠΟΥ ΕΠΙΘΥΜΕΙ ΝΑ
ΔΙΑΔΡΑΜΑΤΙΣΕΙ ΡΟΛΟ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ

(ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ)

Αριθμός Εντύπου: **ΕΠΘ-2**

Το έντυπο αυτό πρέπει να συμπληρώνεται από εγγεγραμμένο/η Γυναικολόγο/Μαιευτήρα της Κυπριακής Δημοκρατίας που θα αναλάβει την συμπλήρωσή του αφού εξετάσει αυτοπροσώπως την υποψήφια Παρένθετη Μητέρα στην Κυπριακή Δημοκρατία και όπου χρειάζεται να λάβει εκθέσεις και από άλλους ειδικούς ιατρούς της Κυπριακής Δημοκρατίας.

Με το έντυπο αυτό ο/η Γυναικολόγος/Μαιευτήρας πρέπει να βεβαιώνει το Συμβούλιο Ιατρικής Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (ΣΙΥΑ) ότι η γενική κατάσταση της υγείας της Παρένθετης Μητέρας είναι κατάλληλη για κυοφορία. Επιπρόσθετα, στο μέτρο του δυνατού, υπογράφοντας το έντυπο αυτό βεβαιώνεται ότι η Παρένθετη Μητέρα θα παραμένει στην Κυπριακή Δημοκρατία μετά την 28η εβδομάδα της εγκυμοσύνης της.

Αφού συμπληρωθεί και υπογραφεί από τον/την Γυναικολόγο/Μαιευτήρα, σε όλες τις σελίδες, το έντυπο αυτό θα πρέπει να αποδοθεί στην Παρένθετη Μητέρα για να αποσταλεί με τα υπόλοιπα στοιχεία που απαιτούνται στο ΣΙΥΑ.

Υπογραφή σελίδας			
Υπογραφή Γυναικολόγου/ Μαιευτήρα:		Ημερομηνία:	

1. Πληροφορίες για τον/την Γυναικολόγο/Μαιευτήρα που συμπληρώνει το έντυπο αυτό.			
Όνοματεπώνυμο:			
Ειδικότητα:	Γυναικολόγος/Μαιευτήρας		
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 του/της εγγεγραμμένου/ης Γυναικολόγου/Μαιευτήρα:			
Τηλ. Εργασίας:			
Αριθ. Φαξ:			
Διεύθ. ηλεκτρονικού ταχυδρομείου:			

Υπογραφή σελίδας			
Υπογραφή Γυναικολόγου/Μαιευτήρα:		Ημερομηνία:	

2. Πληροφορίες για την Παρένθετη Μητέρα (δηλ. την γυναίκα που θα κυοφορήσει)			
Όνομα:			
Επίθετο:			
Αριθ. Ταυτότητας:			
Χώρα έκδοσης της ταυτότητας:		Ημερομηνία Γέννησης:	
Εθνικότητα:			

3. Πληροφορίες για τον σύζυγο/σύντροφο της Παρένθετης Μητέρας, εάν υπάρχει			
Όνομα:			
Επίθετο:			
Αριθ. Ταυτότητας:			
Χώρα έκδοσης της ταυτότητας:		Ημερομηνία Γέννησης:	
Εθνικότητα:			

4. Προέλευση αναπαραγωγικών κυττάρων			
<p>Γράφοντας στα δεξιά "Ναι" βεβαιώνετε ότι τα αναπαραγωγικά κύτταρα που θα χρησιμοποιηθούν για την δημιουργία εμβρύου που θα εμφυτευθεί στην Παρένθετη Μητέρα σε καμία περίπτωση δεν θα προέρχονται από την Παρένθετη Μητέρα ή τον σύζυγο/σύντροφο της, εάν υπάρχει. Τα κύτταρα αυτά θα πρέπει να προέρχονται είτε από την Τεκμαιρόμενη Μητέρα και/ή τον σύζυγο/σύντροφο της ή από δότες (ανάλογα με την περίπτωση από δότη ή δότρια ή από δότη και δότρια).</p>	Γράψετε δεξιά "Ναι"		

Υπογραφή σελίδας			
Υπογραφή Γυναικολόγου/ Μαιευτήρα:		Ημερομηνία:	

5. Σύμφωνα με το Άρθρο 21(3) του Περί της Εφαρμογής της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής Νόμο Ν. 69(Ι)/2015 όπως τροποποιήθηκε, εάν η Παρένθετη Μητέρα θα υποβληθεί σε μεθόδους Ιατρικώς 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, Ph 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 οποιεσδήποτε άλλες εξετάσεις, στην Κυπριακή Δημοκρατία, που κατά την κρίση του 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.

Υποβλήθηκε στις πιο πάνω εξετάσεις η Παρένθετη Μητέρα;

Γράψετε δεξιά
Ναι ή Όχι

6. Σύμφωνα με το Άρθρο 23(ζ) του Περί της Εφαρμογής της Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής Νόμο Ν. 69(Ι)/2015 όπως τροποποιήθηκε, η Παρένθετη Μητέρα θα πρέπει να υποβληθεί σε ιατρικές εξετάσεις στην Κυπριακή Δημοκρατία που να βεβαιώνουν, στο μέτρο του δυνατού, την καλή κατάσταση της υγείας της.

Οι ιατρικές εξετάσεις πρέπει, τουλάχιστον, να περιλαμβάνουν τα εξής: ακτινογραφία θώρακος, καρδιογράφημα, υπέρηχο πυέλου (μήτρας και ωοθήκες), τεστ Παπανικολάου, υπέρηχος μαστών, μαστογραφία (για ηλικίες πάνω των 40 ετών). Μπορεί να ζητηθούν και άλλες εξετάσεις που κατά την κρίση του/της Γυναικολόγου/Μαιευτήρα επιβάλλεται να γίνουν.

Για να απαντήσετε το πιο κάτω ερώτημα, μπορείτε να ζητήσετε από ιατρούς άλλων ειδικοτήτων της Κυπριακής Δημοκρατίας να σας εφοδιάσουν με σχετικές ιατρικές εκθέσεις.

Στο μέτρο του δυνατού, μπορείτε να βεβαιώσετε το Συμβούλιο Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής ότι η υγεία της Παρένθετης Μητέρας, που αυτοπροσώπως εξετάσατε, είναι καλή;

Γράψετε δεξιά
Ναι ή Όχι

Υπογραφή σελίδας

Υπογραφή
Γυναικολόγου/
Μαιευτήρα:

Ημερομηνία:

7. Αποτελέσματα ιατρικών/κλινικών εξετάσεων.

Βεβαιώνετε ότι έχουν γίνει όλες οι προβλεπόμενες κλινικές/ιατρικές εξετάσεις στην Κυπριακή Δημοκρατία, αλλά και οποιεσδήποτε άλλες εξετάσεις που κρίνεται ότι ήταν αναγκαίο να γίνουν στην γυναίκα που θέλει να διαδραματίσει ρόλο Παρένθετης Μητέρας και ότι σύμφωνα με αυτές τις εξετάσεις το συμπέρασμα σας είναι:

Αμέσως στο πιο κάτω άδειο πεδίο, ανάλογα με τα συμπεράσματα σας, γράψετε με δικά σας γράμματα μία από τις δύο πιο κάτω προτάσεις:

“Η κατάσταση της υγείας της υποψήφιας ΔΕΝ είναι κατάλληλη για κυοφορία”,

είτε

“Η κατάσταση της υγείας της υποψήφιας ΕΙΝΑΙ κατάλληλη για κυοφορία”.

Σε περίπτωση που στον πιο πάνω χώρο γράψατε: “Η κατάσταση της υγείας της υποψήφιας ΔΕΝ είναι κατάλληλη για κυοφορία”, πρέπει να αιτιολογήσετε την απόφασή σας πιο κάτω:

Κατά την εξέταση της υποψήφιας Παρένθετης Μητέρας, έχετε διαπιστώσει οποιοδήποτε ιατρικό λόγο που θα την ανάγκαζε να μην βρίσκεται στην Κυπριακή Δημοκρατία μετά την 28^η εβδομάδα της εγκυμοσύνης της;

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