ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

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

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΥΠΟΨΗΦΙΑΣ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΑΠΟ ΕΓΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟ/Η ΨΥΧΙΑΤΡΟ

(ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ)

Αριθμός Εντύπου: ΕΠΘ-3

Για χρήση μόνο από το Συμβούλιο Ιατρικώς 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 (εξηγείστε):															
Ονοματεπώνυμο του ατόμου που παρέλαβε το έντυπο εκ μέρους του ΣΙΥΑ:															
Αριθμός αίτησης από το ΣΙΥΑ:	**2**	**0**	**2**	**6**	**-**	**Ζ**	**Π**	**Θ**	**Μ**	**-**					

Ο/Η Ψυχίατρος 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 ψυχιάτρου:		**Ημερομηνία:**	

ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

Ο ΠΕΡΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

ΝΟΜΟΣ Ν. 69(Ι)/2015 ΟΠΩΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΘΗΚΕ

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗΣ ΜΗΤΕΡΑΣ ΑΠΟ ΕΓΓΕΓΡΑΜΜΕΝΟ/ΝΗ ΨΥΧΙΑΤΡΟ

(ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΠΑΡΕΝΘΕΤΗΣ ΜΗΤΡΟΤΗΤΑΣ)

Αριθμός Εντύπου: ΕΠΘ-3

Το έντυπο αυτό συμπληρώνεται από εγγεγραμμένο/η ψυχίατρο της Κυπριακής Δημοκρατίας που εξετάζει αυτοπροσώπως, στην Κυπριακή Δημοκρατία, υποψήφια Παρένθετη Μητέρα.

Αφού συμπληρωθεί και υπογραφεί, σε όλες τις σελίδες, το έντυπο αυτό θα πρέπει να παραδοθεί στην υποψήφια Παρένθετη Μητέρα για να αποσταλεί από αυτή, με τα υπόλοιπα στοιχεία που απαιτούνται, στο Συμβούλιο Ιατρικώς Υποβοηθούμενης Αναπαραγωγής (ΣΙΥΑ).

Υπογραφή σελίδας			
Υπογραφή ψυχιάτρου:		**Ημερομηνία:**	

ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΙΑΤΡΙΚΩΣ ΥΠΟΒΟΗΘΟΥΜΕΝΗΣ ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΗΣ

1. Πληροφορίες για τον/την εγγεγραμμένο/η ψυχίατρο που συμπληρώνει το έντυπο αυτό.			
Ονοματεπώνυμο:			
Ειδικότητα:			
Αριθ. Ταυτότητας:		**Αριθ. Κινητού τηλεφώνου:**	
Αριθμός εγγραφής στο Ιατρικό Μητρώο Κυπριακής Δημοκρατίας:			
Όνομα Κλινικής ή Νοσοκομείου ή Ιατρείου ή Γραφείου:			
Διεύθυνση Κλινικής ή Νοσοκομείου ή Ιατρείου ή Γραφείου του/της εγγεγραμμένου/νης Ψυχιάτρου:			
Τηλ. Εργασίας:			
Αριθ. Φαξ:			
Διεύθ. ηλεκτρονικού ταχυδρομείου:			

Υπογραφή σελίδας			
Υπογραφή ψυχιάτρου:		**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. Γενική Αξιολόγηση	
Κατά την επιστημονική σας άποψη:	
(1) Ενδέχεται να προκληθούν οποιαδήποτε σοβαρά ψυχολογικά τραύματα στην δηλούσα να γίνει Παρένθετη Μητέρα ή να αντιμετωπίσει στο μέλλον αυτή ή ο σύζυγος/σύντροφος της άλλες ψυχολογικές δυσκολίες ως συνέπεια της απόφασης της να γίνει Παρένθετη Μητέρα (γράψετε δεξιά είτε "Ναι" είτε "Όχι");	
(2) Η δηλούσα να γίνει Παρένθετη Μητέρα, είναι ψυχολογικά υγιής και η νοητική της κατάσταση είναι τέτοια έτσι ώστε να μπορεί να γίνει Παρένθετη Μητέρα χωρίς οποιαδήποτε προβλήματα (γράψετε δεξιά είτε "Ναι" είτε "Όχι");	
(3) Σύμφωνα με τις διαπιστώσεις σας η υποψήφια Παρένθετη Μητέρα εκφράζει ελεύθερα και συνειδητά (χωρίς οποιαδήποτε πίεση) την επιθυμία της και συγκατατίθεται να γίνει Παρένθετη Μητέρα (γράψετε δεξιά είτε "Ναι" είτε "Όχι");	
(4) Η υποψήφια Παρένθετη Μητέρα, αντιλαμβάνεται και αποδέχεται το γεγονός ότι θα φέρει στον κόσμο ένα παιδί το οποίο, μετά την γέννηση του, θα το δώσει αμέσως σε ένα ζευγάρι ή τη μονήρη γυναίκα για να το μεγαλώσουν σαν γονείς του (γράψετε δεξιά είτε "Ναι" είτε "Όχι");	

Υπογραφή σελίδας			
Υπογραφή ψυχιάτρου:		**Ημερομηνία:**	

5. Επιβεβαίωση Αξιολόγησης		
Γράφοντας "Ναι", στο τετράγωνο αμέσως δεξιά, επιβεβαιώνετε στο ΣΙΥΑ ότι έχει προηγηθεί αξιολόγηση η οποία έγινε αυτοπροσώπως στην Κυπριακή Δημοκρατία.	**Επιβεβαιώνετε την αξιολόγηση;**	**Ημερομηνία αξιολόγησης**

6. Παραμονή στην Κύπρο μετά την 28η εβδομάδα	
Γράφοντας "Ναι", στο τετράγωνο αμέσως δεξιά, στο μέτρο του δυνατού, επιβεβαιώνετε στο ΣΙΥΑ ότι η υποψήφια Παρένθετη Μητέρα θα μπορεί να παραμένει στην Κυπριακή Δημοκρατία μετά την 28η εβδομάδα της εγκυμοσύνης της.	**Επιβεβαιώνετε;**

7. Εάν επιθυμείτε, πιο κάτω, γράψετε, οποιαδήποτε σχόλια που θέλετε να λάβει υπόψη του το Συμβούλιο σε σχέση με την υποψήφια Παρένθετη Μητέρα ή/και τον σύζυγο/σύντροφο της (εάν η Παρένθετη Μητέρα έχει σύζυγο/σύντροφο).

Ονοματεπώνυμο εγγεγραμμένου/νης ψυχιάτρου:			
Υπογραφή εγγεγραμμένου/νης ψυχιάτρου:		**Ημερομηνία:**	
Σφραγίδα:			