

## Договор о предоставлении медицинских услуг

(Программа экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов)

Настоящий договор о предоставлении медицинских услуг (в дальнейшем – «Договор») заключен 20/10/2010 (дата/месяц(день) между:

(1) Клиникой Neo-Est ----- ООО. – зарегистрированной в (в дальнейшем именуемой «Клиникой»), в лице Доктора Наны Квернадзе

и

(2) Г-жой. (-----) (в дальнейшем именуемой - «Женщина-партнер») – рожденной ----- (----- выдан -----

И

Г-ном. (----- ) (в дальнейшем именуемым - «Мужчина-партнер») – рожденным -----

, ( ), № паспорта-----, выдан -----

(в дальнейшем коллективно именуемые - «Женщина-партнер» и «Мужчина-партнер» и индивидуально - «Пациент»).

(В дальнейшем каждый из них именуемый – «Стороной» и коллективно – «Сторонами»)

### Статья 1. Предмет Договора

1.1. В соответствии с условиями данного Договора и на его основании Пациент заказывает, а клиника берет обязательство предоставить медицинские услуги Пациенту.

1.2. В соответствии с данным Договором медицинские услуги, предоставляемые пациенту, включают:

- Экстракорпоральное оплодотворение или интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида
- Перенос эмбрионов
- Замораживание ооцитов/спермы/эмбрионов
- Перенос замороженных эмбрионов

1.3. Отдельные этапы медицинских услуг и дополнительная детальная информация приведены в Приложении № 1 данного Договора («Форма Согласия»).

### Статья 2. Согласие пациентов

2.1. В соответствии с действующим законодательством и внутренней политикой Клиники предоставление медицинских услуг, изложенных в Договоре, происходит только при условии, если Пациент (Женщина-партнер и Мужчина-партнер):

- Ознакомились с «Формой Согласия» («Форма Согласия»), приведенной в Приложении № 1 Договора;
- Получили (при необходимости) дополнительную информацию и разъяснения;
- Подтверждают свое полное согласие с условиями и положениями данного Договора путем подписания Договора.

-----  
----- Женщина-партнер

-----  
----- Мужчина-партнер

---

2.2. Пациент заявляет и подтверждает, что у него/нее было достаточно времени, чтобы исследовать и проанализировать «Форму Согласия», получил (получила) достаточные разъяснения, имел (имела) возможность получить дополнительную консультацию касательно вышесказанного (в том числе от других медицинских консультантов), был/была компетентным/компетентной при изучении и добровольном подписании данного Договора и Формы Согласия без принуждения, угрозы, введения в заблуждение или ошибки со стороны Клиники или любой другой третьей стороны.

### **Статья 3. Платеж**

3.1. Все платежи, связанные с медицинскими услугами будут осуществляться Международным Здравоохранительным Агентством New Life Грузия.

### **Статья 4. Освобождение от ответственности**

4.1. Пациент осознает, что Клиника не гарантирует наступление результатов медицинских услуг, изложенных в данном Договоре, также то, что не существует гарантий успешной реализации соответствующих процедур и наступления беременности. В то же самое время, пациент осознает и признает, что его/ее полностью и ясно проинформировали о рисках и неудобствах, которые могут возникнуть в результате медицинских процедур, изложенных в Договоре.

4.2. Исходя из пункта 4.1., Пациент заявляет свое согласие и признает, что он/она добровольно согласился (согласилась) на получение медицинских услуг вместе с релевантным риском и возможным неудобством. Соответственно, Пациент согласен с тем, что Клиника, медицинский персонал, менеджеры, дистрибьюторы, служащие, представители и другие лица не несут ответственности и соответственно, Пациент не потребует материального или иного вида возмещения за ущерб (в том числе возвращение суммы, указанной в статье 3), если:

4.2.1. Медицинские услуги не принесут результат;

4.2.2. В результате медицинских услуг наступят побочные эффекты и/или неудобства, изложенные в данном Договоре и/или в Форме Согласия;

4.2.3. Приостановка/прекращение медицинских услуг происходит на основании, изложенном в данном Договоре и/или Форме Согласия;

4.3. Для исключения любой приостановки, положения об освобождении от ответственности недействительны, если ущерб причинен по причине серьезной небрежности, умышленных действий или недостаточной добросовестности со стороны Клиники, медицинского персонала Клиники, менеджеров, дистрибьюторов, служащих, представителей и/или других лиц.

4.4. Положения об освобождении от ответственности сохраняют силу после прерывания или расторжения данного Договора.

### **Статья 5. Вступление в силу и действие Договора**

5.1. С учетом положений параграфа 5.2., данный Договор входит в силу с момента подписания Сторонами и действует до момента полного выполнения Сторонами обязательств.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

----- Женщина-партнер

Мужчина-партнер

---

---

5.2. Несмотря на положения Статьи 5.1., Договор входит в силу с момента подписания, если приведенные ниже условия соблюдены:

5.2.1. Пациент (Женщина-партнер и Мужчина-партнер) подпишут Форму Согласия и вышесказанное будет подтверждено свидетельствами Пациента (Женщина-партнер и Мужчина-партнер);

5.2.2. Выплата, указанная в положениях Статьи 3, будет произведена Пациентом или его/ее представителем.

При несоблюдении любого из подпунктов 5.2.1. – 5.2.2. при подписании Договора и при отсутствии других Договоров между Сторонами, настоящий Договор войдет в силу только после выполнения условий, изложенных в этих подпунктах.

5.3. Несвоевременное прерывание Договора допускается на следующих основаниях:

5.3.1. По обоюдному согласию Сторон.

5.3.2. По требованию пациента.

5.3.3. По решению врача, ответственного за Пациента (если врач, ответственный за пациента, полагает необходимым или рациональным прекратить/прервать предоставление медицинских услуг, исходя из других интересов Пациента).

5.3.4. В других случаях предусмотренных данным Договором и/или соответствующими Приложениями и/или другими, связанными с ним дополнительными соглашениями и/или предусмотренных законодательством.

5.4. В случае преждевременного прерывания Договора:

5.4.1. Пациент должен незамедлительно выполнить все финансовые обязательства (в том числе платежи, указанные в Статье 3 и любую другую задолженность) по отношению к Клинике.

5.4.2. Клиника освобождается от взятых обязательств по отношению к Пациенту и Пациент не требует от Клиники возвращения выплаченной суммы.

## **Статья 6. Конфиденциальность**

6.1. С учетом пунктов 6.2. и 6.3. Статьи 6 Клиника должна соблюдать конфиденциальность в отношении клинического случая Пациента, диагноза и результатов лечения на протяжении действия настоящего Договора и после прекращения действия.

6.2. Разглашение конфиденциальной информации дозволено, если:

6.2.1. Получено согласие пациента.

6.2.2. Неразглашение информации содержит угрозу для жизни и/или третьей стороны (чья личность известна).

6.2.3. При использовании информации о пациенте в образовательных и научных целях данные пациента представлены таким образом, при котором невозможна персональная идентификация пациента.

6.2.4. Информация становится или станет доступной общественности независимо от

---

----- Женщина-партнер

---

Мужчина-партнер

требований законодательства.

6.3. Подписание настоящего Договора Сторонами означает его/ее (их) согласие о разглашении конфиденциальной информации, касающейся состояния здоровья Пациента Клиникой другим участникам медицинских услуг.

## **Статья 7. Регулирующее законодательство и разрешение разногласий**

7.1. Настоящий Договор регулируется законодательством Грузии.

7.2. Все спорные вопросы между сторонами разрешаются посредством переговоров. Если Стороны в течение 30-ти (тридцать) дней от посылки уведомления одной Стороне другой об урегулирования спора не приходят к соглашению, тогда Стороны для разрешения разногласия обращаются в соответствующий суд или в другой государственной орган, предусмотренный законодательством. По соглашения сторон вышеуказанное разногласие может быть рассмотрено Арбитражным Судом Грузии.

## **Статья 8. Регулирующее законодательство и разрешение разногласий**

8.1. Все поправки и дополнения к настоящему Договору действительны только в письменном виде и после подписания Сторонами.

8.2. Любое право, предоставленное Клинике Пациентом, добавляется к правам, предоставленным настоящим Договором и законодательством.

8.3. Недействительность любого положения данного договора не означает недействительность всего Договора. Взамен недействительного положения используется положение, лучше приспособленное для достижения целей Договора (в том числе недействительного положения).

8.4. Приложения к настоящему Договору составляют его неотъемлемую часть.

8.5. Дополнительному соглашению и другому соглашению, заключенному на основе настоящего Договора, присваиваются приоритет в отношении вопросов для регулирования которых были заключены подобные или другие соглашения.

8.6. Уведомления или другая коммуникация предусмотренная Договором должна быть вручена или отослана заказным письмом по адресам, указанным ниже.

8.7. Настоящий Договор составлен в двух, имеющих равную силу, экземплярах, один из которых передается Клинике, а другой Пациенту (Женщина-партнер и Мужчина-партнер).

### **Подписи Сторон:**

Клиника

Пациент

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Женщина-партнер

Адрес: Грузия, Тбилиси, 0171,Икалто/ул.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

----- Женщина-партнер

Мужчина-партнер

Бахтриони 57

Тел:+ 995 32 36 75 01  
Факс:+ 995 32 36 75 01  
Контактное лицо: Нана Квернадзе

Мужчина-партнер

Адрес:  
Тел:  
Факс:  
Контактное лицо:

Приложение № 1.

**Форма Согласия**  
**Программа Экстракорпорального Оплодотворения и Переноса Эмбрионов**

Мы/ Я – Женщина-партнер и Мужчина-партнер не можем родить ребенка из-за нефункционирующих фаллопиевых труб или отсутствия труб, патологии спермы или из-за других заболеваний, которые не подлежат лечению другими методами. Мы приняли решение пройти курс лечения методом экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов, при котором оплодотворение яйцеклетки сперматозоидом произойдет за пределами организма, в лабораторных условиях и подписывая данную Форму Согласия мы выражаем согласие в отношении всех процедур, проводимых Клиникой, необходимых и/или целесообразных для лечения, которые выберет наш (мой) лечащий врач в Neo-Est ООО по своему усмотрению.

**1. Согласие на проведение процедур, необходимых для экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов**

Ниже приведены все шаги, необходимые для проведения лечения.

**Мы/Я согласны на прохождение следующих этапов**

**Для Женщины-партнера**

1. Для моих яичников будут использованы медикаменты для созревания ооцитов (стимуляция яичников). Для стимуляции моих яичников будут использованы: агонисты и антагонисты гонадотропин-рилизинг гормона, менопаузы гонадотропины человека, рекомбинантные гонадотропины, хорионический гонадотропин человека.
2. Во время мониторинга роста овариальных фолликулов мне придется сдавать анализы крови (утром) для гормональных исследований.
3. Мне понадобится проведение УЗИ для установления роста фолликулов.
4. Меня вызовут в Клинику для извлечения яйцеклеток.
5. Под контролем УЗИ произойдет аспирация фолликулов из яичников через вагину

----- Женщина-партнер

----- Мужчина-партнер

- для получения зрелых яйцеклеток.
6. Я осознаю, что для забора яйцеклеток понадобится анестезия или интравенная анальгезия, являющаяся общими методом обезболивания.
  7. Ооциты будут культивированы спермой в специальной среде для оплодотворения. Оплодотворенный ооцит культивируются в среде, необходимой для роста эмбрионов.
  8. После нескольких делений ооцитов, в случае получения нормально развитых эмбрионов, они будут перенесены через шейку матки в полость матки (количество перенесенных эмбрионов будет согласовано заранее).
  9. Через две недели после переноса будет проведен анализ крови для установления беременности.

### Для Мужчины-партнера

В день аспирации яйцеклеток я сдам сперму, собранную путем мастурбации. Сперма будет обработана и подготовлена для инсеминации яйцеклетки.

- Мы понимаем, что из ооцитов могут быть получены несколько эмбрионов и после переноса может развиваться многоплодная беременность. Нас предупредили о рисках касательно многоплодной беременности, таких как, редукция плода, преждевременные роды, необходимость кесарева сечения и т.д.
  - Мы осознаем, что в любом из этих случаев беременность может не развиваться:
- а) Стимуляция яичников отменена из-за отсутствия реакции на стимуляцию.
  - б) Отсутствие ооцитов и спермы для ЭКО или ИКСИ.
  - в) Ооциты могут быть несовершенными.
  - г) Оплодотворение может не произойти.
  - д) Оплодотворение может произойти, но может не произойти деление эмбрионов.
  - е) Эмбрионы могут не развиваться нормально.
  - ж) Может не произойти имплантация эмбрионов.

- Мы осознаем, что в случае беременности присутствует риск прерывания беременности (самопроизвольный аборт). (Среди населения в целом частота самопроизвольного аборта составляет 20%).
- Мы осознаем, что во время беременности возможно развитие врожденных аномалий плода, частота этого явления при экстракорпоральном оплодотворении не превосходит частоту развития аномалий среди населения в целом (3-5%).
- Мы осознаем что при развитии беременности необходимо проведение УЗИ и гормональный мониторинг.
- Мы осознаем, что вероятность наступления беременности составляет 20-50% и успех ЭКО зависит от причин бездетности и возраста Женщины-партнера.
- Мы осознаем, что не существует гарантий успешной реализации процедуры и наступления беременности.
- Мы осознаем, что лечение может сопровождаться следующими рисками и неудобствами:
  1. После использования медикаментов для стимуляции яичников может развиваться гиперстимуляция яичников, вызванная ростом более, чем одного фолликула. Синдром гиперстимуляции вызывает дегидратацию, скопление жидкости в брюшной полости и легких, нарушения свертываемости крови и необходимость

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

----- Женщина-партнер

Мужчина-партнер

госпитализации. Риск развития синдрома равен 1-15%.

2. Аспирация фолликулов может сопровождаться:
  - а) кровотечение, инфекция, повреждение органов брюшной полости (мочевой пузырь, кишечный тракт и/или кровеносные сосуды), что в некоторых случаях требует хирургического вмешательства.
  - б) Дискомфорт после процедуры.
  - в) Риски ассоциированные с анестезией или анальгезией.

3. После переноса эмбрионов в полость матки могут наблюдаться следующие осложнения:

- а) Дискомфорт, инфекция и кровотечение.
- б) При переносе более, чем одного эмбриона – развитие многоплодной беременности с соответствующим риском.
- в) Уход за беременностью сопряжен с психологическим стрессом (паре может понадобится помощь семейного доктора, друзей и коллег).

Мы осознаем, что ЭКО/ИКСИ и процесс переноса эмбрионов может быть прерван на любой стадии в случае наличия соответственных медицинских показаний и решение принимается командой Клиники. Мы признаем, что в случае риска согласимся с решением врача.

## **2. Согласие на манипуляции со спермой/ооцитами/эмбрионами**

- Мы / Я согласны на то, что Клиника использует нашу сперму, ооциты и эмбрионы для, сопровождающих аспирацию яйцеклеток, микроманипуляций. Это необходимо для увеличения шансов рождения ребенка после экстракорпорального оплодотворения.
- Обычно, оплодотворение происходит проникновением сперматозоида в яйцеклетку. Оплодотворенная яйцеклетка проходит несколько делений и развивается эмбрион. Эмбрион освобождается от оболочки и прикрепляется к матке (происходит имплантация).
- Методы микроманипуляции были разработаны для внедрения одного сперматозоида в яйцеклетку, когда сперматозоид не может сам проникнуть в яйцеклетку.
- Интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида (ИКСИ) означает введение сперматозоида в цитоплазму яйцеклетки.
- Интрацитоплазматическая инъекция сперматозоида (ИКСИ) проводится по решению ЭКО отделения клиники, в случае, когда лечение пары с использованием этой процедуры будет более успешным, например, при неэффективности предыдущего ЭКО лечения.
- У Мужчины-партнера сперма низкого качества.
- Существует потенциальный риск повреждения спермы, яйцеклетки или эмбриона. При ИКСИ повреждается 5-10% яйцеклеток. ЭКО команда делает все возможное для предотвращения повреждения яйцеклеток.

\_\_\_\_\_

----- Женщина-партнер

\_\_\_\_\_

Мужчина-партнер

### 3. **Согласие на замораживание и перенос эмбрионов**

- **Мы осознаем, что может быть оплодотворено большее число яйцеклеток, чем рекомендуемое для перенесения в полость матки. Мы желаем, чтобы произошло замораживание дополнительных эмбрионов и их использование только с нашего согласия.**
- Мы осознаем, что в случае замораживания эмбрионов, нет гарантий, что эмбрион выживет. В этом случае нет также гарантий наступления беременности.
- Частота генетических аномалий у рожденных из замороженных и размороженных эмбрионов такая же как у остальной части населения.
- Перенос замороженных и размороженных эмбрионов в матку возможен только тогда, когда эндометрий готов к имплантации.
- Мы осознаем, что для подготовки эндометрия к этой процедуре требуется гормональное лечение и мониторинг, включающие: анализ крови и УЗИ. Разморозка и перенос эмбрионов происходит только тогда, когда данные мониторинга находятся в пределах допустимых границ.
- Мы осознаем, что должны своевременно платить за хранение эмбрионов в Клинике. При невыполнении этого обязательства оплодотворенные эмбрионы будут уничтожены.
- Команда Клиники разъяснила нам процедуры микроманипуляций и заморозки эмбрионов и спермы, проводимых для экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов и связанные возможные риски.
- **Мы/я правильно поняли разъяснения, данные нам в Клинике.**
- **Нам была предоставлена возможность задать любые вопросы, на которые мы получили исчерпывающие и ясные ответы.**
- Нам также была предоставлена всеобъемлющая информация об альтернативных методах лечения и сопряженных рисках и следствиях, а также о вероятных результатах отказа пройти лечение.
- Мы можем задать служащим Клиники или любому ответственному лицу любой вопрос по следующему номеру телефона: .....
- Мы осознаем, что экстракорпоральное оплодотворение и перенос эмбрионов производится по нашему запросу и с нашего согласия.
- Нам было предоставлено детальное объяснение по финансовым и социальным вопросам, связанным с лечением, включая сумму и порядок платежа.
- Мы понимаем, что можем прекратить процедуру в любое время (в соответствии с условиями Договора, заключенного с Клиникой) и это решение не будет иметь влияние на медицинские услуги и лечение в Клинике в будущем.
- Пациенты, принимающие участие в программах донации и суррогатного материнства (пара, партнеры), указываются как Пациент (Пара, Партнер), Клиент.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

----- Женщина-партнер

Мужчина-партнер



- Я и мой Партнер несем ответственность и финансовые расходы за лечение в случае любых осложнений с донором или с суррогатной матерью, связанных с стимуляцией яичников, аспирацией яйцеклеток, переносом эмбрионов, развитием беременности (возможные риски и неудобства изложены детально в Форме Согласия).

<p>Женщина-партнер (Пациент-Клиент)</p>  <p>Дата : Тел:</p>	<p>Мужчина-партнер (Пациент-Клиент)</p>  <p>Дата: Тел:</p>
<p>Руководитель ЭКО отделения:</p>  <p>Дата : Тел:</p>	<p>Врач -----</p>  <p>Дата:</p>

\_\_\_\_\_

----- Женщина-партнер

\_\_\_\_\_

Мужчина-партнер