

قرار وزاري رقم (192) لسنة 2021م
في شأن اعتماد النماذج الخاصة بصاحب الشأن والمتعلقة بإجراءات المساعدة الطبية على الإنجاب

وزير الصحة ووقاية المجتمع:

بعد الاطلاع على:

القانون الاتحادي رقم (1) لسنة 1972 م في شأن اختصاصات الوزارات وصلاحيات الوزارة وتعديلاته،
وعلى القانون الاتحادي رقم (7) لسنة 2019 في شأن المساعدة الطبية على الإنجاب،
وعلى قرار مجلس الوزراء رقم (64) لسنة 2020 بشأن اللائحة التنفيذية للقانون الاتحادي رقم (7) لسنة 2019 في شأن المساعدة الطبية على الإنجاب،
وعلى قرار مجلس الوزراء رقم (11) لسنة 2021 بشأن الهيكل التنظيمي لوزارة الصحة ووقاية المجتمع،

وبناء على مقتضيات المصلحة العامة،،،

قَرَّر:

المادة (1):

تُعتمد وفقا لمرفق هذا القرار النماذج الخاصة بصاحب الشأن والمتعلقة بإجراءات المساعدة الطبية على الإنجاب.

المادة (2):

يلغى كل حكم آخر يخالف أو يتعارض مع أحكام هذا القرار.

المادة (3):

يعمل بهذا القرار من تاريخ اصداره ويبلغ لمن يلزم لتنفيذه.

عبد الرحمن بن محمد العويس
وزير الصحة ووقاية المجتمع

مرفق القرار الوزاري رقم (192) لسنة 2021م
نموذج موافقة صاحب الشأن على حفظ البويضات غير الملقحة عن طريق التجميد

أنا السيدة: رقم الهوية/جواز السفر:
رقم الملف: عنوان الإقامة:
رقم الهاتف المتحرك: البريد الإلكتروني:
بعد قراءة المعلومات المزودة لي عن "تجميد البويضات" أقر بأن:

- مركز المساعدة الطبية على الانجاب سيقوم بتجميد وحفظ البويضات بحسب اختيار وتقدير الفريق الطبي والعلمي للمركز لمدة 5 سنوات قابلة للتديد لمدة مماثلة بناء على طلب كتابي من صاحب الشأن بحسب القانون الاتحادي رقم (7) لسنة 2019 في شأن المساعدة الطبية على الإنجاب.
- نظرا لتعقد عملية التجميد، فإن المركز لا يضمن سلامة البويضات بعد عملية التذويب حيث أن هنالك احتمال فقدان بعض منها أو جميعها.
- نادراً وبسبب عدم وجود بويضات ناضجة أو لأسباب تقنية، لن يتمكن مركز المساعدة الطبية على الانجاب من تجميد البويضات.
- أدرك أنه من مسؤوليتي إخطار مركز المساعدة الطبية على الانجاب في حال حدوث أي تحديث أو تغيير في تفاصيل العنوان أو ارقام الاتصال أو الحالة الاجتماعية حيث أن فقدان الاتصال مع المركز سيؤدي إلى إتلاف العينة المجمدة عند انتهاء مدة التجميد.
- أدرك أنه لا يسمح بنقل البويضات المجمدة خارج و داخل دولة الإمارات العربية المتحدة دون موافقة الجهة الصحية.
- أدرك أنه قد يتم إيقاف دورة العلاج في حال حدوث مشاكل في مختبر الإخصاب.
- أدرك بأنه بالرغم من بذل كل جهد ممكن لضمان الحفاظ على البويضات المجمدة في ظل أفضل الظروف، فإن مركز المساعدة الطبية على الإنجاب لا يتحمل مسؤولية فقدان العينات المجمدة بسبب عطل في الأجهزة والمعدات أو الحريق أو الكوارث الطبيعية أو أي أخطار أخرى خارجة عن نطاق إرادة المركز .
- أدرك أنه يجب تسوية رسوم عملية التجميد قبل إجرائها، وأنه يجب علينا دفع رسوم التخزين السنوية لكل سنة تخزين لاحقة.
- أفهم أنه سيتم إتلاف البويضات المجمدة إذا لم يتم تسديد رسوم التخزين باستمرار أو في حال انتهاء المدة القانونية للتخزين (5 سنوات من تاريخ بداية التجميد) من دون التقدم بطلب كتابي للتجديد أو للتديد من صاحب الشأن.
- أدرك أنه من مسؤوليتي إبلاغ المركز برغبتي في تجديد مدة التخزين سنويا أو رغبتني بإتلاف البويضات المجمدة.
- أدرك أنه سيتم إتلاف البويضات المجمدة في حالة الوفاة.

التوقيع: التاريخ:
توقيع الطبيب: التاريخ:
توقيع الطبيب المعالج: التاريخ:

مرفق القرار الوزاري رقم (192) لسنة 2021م
نموذج موافقة صاحب الشأن على ائلاف (عينه البويضات غير الملقة / عينه السائل المنوي أو عينه (خزعة
البريخ أو الخصية) المجمدة

السيد / السيدة :

جواز سفر رقم/هوية الامارات رقم:

عنوان الإقامة:رقم الملف:

البريد الالكتروني: رقم الهاتف المتحرك:

أوافق طواعية بموجب هذا الطلب/الافرار على التخلص نهائيا (ائلاف) جميع البويضات/
الحيوانات المنوية المجمدة أو عينات السائل المنوي أو عينه (خزعة البريخ أو الخصية) المجمدة
والمخزنة في مركز المساعدة الطبية على الإنجاب.

تفاصيل العينات كالآتي:

البويضات/ (حدد)		الحيوانات المنوية	
عدد البويضات/:		عدد عبوات الحفظ:	
عدد عبوات الحفظ:		عينه سائل منوي/خزعة من الخصية/خزعة من البريخ:	
تاريخ التجميد:		تاريخ التجميد:	

توقيع صاحب الشأن :التاريخ:

توقيع الطبيب المعالج :التاريخ:

توقيع (مدير المركز / الادارة):التاريخ:

مرفق القرار الوزاري رقم (192) لسنة 2021م
نموذج موافقة صاحب الشأن على المشاركة في البحث العلمي المتعلق بتقنيات المساعدة الطبية على
الإنجاب

أقر أنا الموقع أدناه بالآتي:

- الالتزام التام بمبادئ وأحكام القانون الاتحادي رقم (7) لسنة 2019 في شأن المساعدة الطبية على الإنجاب ولائحته التنفيذية فيما يتعلق بالمشاركة في الأبحاث العلمية المتعلقة بتقنيات المساعدة الطبية على الإنجاب، مع علمي التام بأن هذه الأبحاث التي يقوم بها مركز المساعدة الطبية على الإنجاب تتماشى مع القانون ولائحته التنفيذية سالف الذكر.
- أتيحت لي الفرصة لمناقشة الأسئلة المتعلقة بالبحث العلمي الذي سيتم إجراؤه مع الطاقم الطبي/ أعضاء فريق البحث، وتم التوضيح لي من قبل المركز بالغرض من البحث العلمي المراد القيام به، والفرضية التي سيبنى عليها البحث العلمي وتمت الاجابة على جميع الأسئلة بالكامل.
- كما تم إعلامي من قبل الطاقم الطبي/ أعضاء فريق البحث بأن المدة المتوقعة لانتهاء من البحث العلمي هي
- الموافقة على إجراء الأبحاث والتجارب العلمية على عينة (البويضات غير الملقحة / الحيوانات المنوية) الخاصة بي وذلك دون مقابل مادي أو عيني أو نتيجة إكراه مادي أو أدبي وأن هذه الموافقة غير مبنية على غش أو تدليس.
- العينة المذكورة أعلاه الخاصة بي لن يتم استخدامها في البحث العلمي:
 - ❖ بهدف الاستنساخ الإنجابي.
 - ❖ بهدف اصطفاء الميزات الوراثية لغرض إنجابي.
 - ❖ للأغراض التجارية.
 - ❖ ينطوي على أي نوع من تغيير التركيب الوراثي البشري (الجين البشري - HUMAN GENOME).
 - ❖ لأي غرض يخالف أحكام الشريعة الإسلامية والتشريعات السارية في إمارة دبي.
- لي الحق في الامتناع عن المشاركة في البحث العلمي أو سحب أو تعديل هذه الموافقة في أي مرحلة قبل استخدام العينة، وذلك لن يؤثر على خطة العلاج أو على نوع الرعاية المقدمة في مركز المساعدة الطبية على الإنجاب.
- سيتم استخدام العينة الخاصة بي في بحث علمي بعنوان:.....والذي يهدف إلى:

بيانات صاحب الشأن	
	الاسم الثلاثي
	رقم الهوية/جواز السفر
	رقم الملف الطبي
	محل الإقامة
	رقم الهاتف المحمول
	عنوان البريد الإلكتروني
	التوقيع
	التاريخ
بيانات عضو فريق البحث	
	الاسم الثلاثي
	الرقم الوظيفي
	عنوان البريد الإلكتروني
	المسمى الوظيفي
	الوحدة التنظيمية
	التوقيع
	التاريخ

مرفق القرار الوزاري رقم (192) لسنة 2021م
نموذج اقرار بالموافقة على سحب البويضات

الاسم: _____ رقم الملف: _____

رقم الجواز/الهوية: الهاتف المتحرك: البريد الالكتروني:
التوضيح: سحب البويضة هو أخذ البويضات من المبيض لغرض التلقيح في المختبر كجزء من العلاج لإحداث الحمل. ويستخدم مجس الموجات فوق الصوتية المهبل لتصور المبايض والحويضلات التي قد تحتوي على البويضات وتمرر إبرة مجوفة متصلة بمجس الموجات فوق الصوتية الى داخل الحويضلات لسحب البويضات وفي بعض الحالات يتم جمع البويضات عن طريق البطن عند تعذر ذلك من المهبل.

الفوائد: جمع البويضات من أجل الإخصاب أو الخصوبة.

المخاطر:

- العدوى: البكتيريا الموجودة بشكل طبيعي في المهبل قد يتم نقلها عن غير قصد في تجويف البطن عن طريق موضع الجراحة و قد تسبب هذه البكتيريا عدوى تصيب الرحم وقناتي فالوب والمبيض، أو أعضاء أخرى داخل البطن. نسبة الإصابة بمثل هذه العدوى بعد سحب البويضات هو أقل من 0.5%.
- النزيف: كل من المهبل والمبيض يحتوي على أوعية دموية كما يوجد أوعية دموية أخرى قريبة. الموجات فوق الصوتية تكشف فقط الأوعية الدموية الكبيرة وليست الصغيرة. وقد قدرت نسبة حدوث النزيف الشديد بأقل من 0.1%.

• الخدوش: على الرغم من الاسترشاد بالموجات فوق الصوتية، فمن الممكن أن يلحق الضرر بأعضاء داخل البطن خلال سحب البويضات.

- التخدير: يمكن أن تنتج مضاعفات غير مقصودة مثل الحساسية، وانخفاض ضغط الدم، والغثيان أو القيء.
- الفشل: من الممكن أن تفشل عملية السحب في الحصول على أي بويضات أو قد تكون البويضات المسحوبة ضعيفة أو أن تلتف بعد التجميد أو تفشل في التلقيح أو إحداث حمل بطفل حي.

الآثار الجانبية:

- ألم البطن و الذي يمكن السيطرة عليه بأقراص الباراسيتامول. في حالة حدوث آلام مبرحه أو آلام لا تستجيب للمسكنات يتوجب الذهاب إلى أقرب مستشفى.

- الآثار الجانبية من استخدام التخدير: مثل الغثيان والقيء، أو الخمول.

البدايل: لا يوجد بديل لجمع البويضات في حالة اجراء أطفال الأنابيب.

الصلاحية: هذا الإقرار صالح للعملية الحالية وبحضور الزوجين في يوم العملية.

أنا أقر بأنني قد قرأت كل المعلومات المذكورة أعلاه وبأنه قد تمت الاجابة على أسئلتي بشكل واضح.

ونحن نفهم الفوائد، العواقب والمخاطر المحتملة من العملية.

اسم صاحب الشأن: _____ التوقيع: _____ التاريخ: _____

اسم الطبيب: _____ التوقيع: _____ التاريخ: _____

لسنة 2021م (192) مرفق القرار الوزاري رقم

نموذج موافقة صاحب الشأن على نقل عينة البويضات غير الملقحة المجمدة أو عينة السائل المنوي أو عينة (خزعة البريخ أو الخصية) المجمدة من مركز إلى مركز آخر للمساعدة الطبية على الإنجاب

السيدة/.....الهاتف المتحرك:.....البريد الإلكتروني:.....

المقيمة في العنوان التالي:

□ نسخة من جواز سفر صاحب الشأن / بطاقة الهوية تسلم للمركز - رقم جواز السفر أو بطاقة الهوية

.....

سأقوم/ بنقلبويضات غير ملقحة مجمدة من إلى مركز

المساعدة الطبية على الإنجاب.....

- أنا/ أفهم أن جمع هذه البويضات لم يتم في مركز المساعدة الطبية على الإنجاب وبالتالي فالمركز ليس مسؤولاً عن العمليات التي أجريت لجمع وحفظ البويضات المنقولة من قبل المركز السابق.
- وفقاً لذلك، أوافق على نقل هذه البويضات غير الملقحة المجمدة، وأعفي مركز المساعدة الطبية على الإنجاب من أي مسؤولية فيما يتعلق بأي أخطاء قد تكون قد وقعت خلال عملية جمع البويضات بما في ذلك أي اختلال وراثي للبويضات غير الملقحة المجمدة والمنقولة إلى مركز المساعدة الطبية على الإنجاب.....
- أنا / أدرك أنه لا يُسمح بنقل البويضات غير الملقحة المجمدة دون موافقة الجهة الصحية.
- أنا/ أدرك بأنه يجب تغطية جميع الرسوم المستحقة لعملية الحفظ وإجراءات النقل قبل المباشرة بنقل العينات المجمدة إلى مركز آخر.
- أنا/ أفهم أن هناك رسوم لنقل العينة المجمدة إلى مركز المساعدة الطبية على الإنجاب. وأنه في حال استخدام حاوية النقل الخاصة بمركز المساعدة الطبية على الإنجاب فيجب دفع رسوم استخدام غير مستردة بالإضافة إلى رسوم التأمين والتي سوف يتم إعادتها لنا فور إرجاع حاوية النقل في حالتها الأصلية كما يجب علي إرجاع حاوية النقل الخاصة بمركز المساعدة الطبية على الإنجاب في غضون ثلاثة أيام من استخدامها.
- أنا/ أقر بأنه سيتم استخدام العينة لأغراض العلاج الخاص بي وأنا لن تستخدم لأشخاص آخرين أو لإجراء تعديلات جينية أو علاجات تجريبية.
- أنا/ أفهم بأنه لن يتم استخدام البويضات الملقحة المجمدة في البحوث العلمية الا بموافقة صاحب الشأن المعني وضمن بنود قانون المساعدة الطبية على الإنجاب في الدولة.
- توقيع صاحب الشأن:.....التاريخ:.....
- توقيع الطبيب المعالج:التاريخ:.....
- توقيع مدير المركز (أو من ينوب عنه):التاريخ:.....

مرفق القرار الوزاري رقم (192) لسنة 2021م
نموذج الموافقة على نقل عينة السائل المنوي أو عينة (خزعة البربخ أو الخصية) من مركز إلى مركز آخر
للمساعدة الطبية على الإنجاب

- أنا السيد: جواز سفر أو بطاقة هوية رقم:
المقيم في العنوان التالي: رقم الملف:
رقم الهاتف المتحرك: عنوان البريد الإلكتروني:
أوافق على نقل عينة السائل المنوي أو عينة (خزعة البربخ أو الخصية) المجمدة من مركز إلى مركز
المساعدة الطبية على الإنجاب.....
- أنا أتحمل المسؤولية الكاملة لنقل عدد عبوة (عبوات) من العينة إلى مركز المساعدة الطبية على الإنجاب.
 - أنا أفهم أن المختبر في مركز المساعدة الطبية على الإنجاب لم يقيم بتجميد هذه العينة ولذا لن يكون مسؤولاً عن مصدر هذه العينة.
 - وفقاً لذلك فإني أوافق على نقل عينة السائل المنوي أو عينة (خزعة البربخ أو الخصية) المجمدة هذه وأعفي مركز المساعدة الطبية على الإنجاب من أية مسؤولية فيما يتعلق بأي تشوهات قد تحدث في المواليد الناتجة عن استخدام هذه العينة.
 - أنا أدرك بأنه يجب تغطية جميع الرسوم المستحقة لعملية الحفظ ولإجراءات النقل قبل المباشرة بنقل العينات المجمدة إلى مركز المساعدة الطبية على الإنجاب.
 - أنا أفهم أن هناك رسوم لنقل العينة المجمدة إلى مركز المساعدة الطبية على الإنجاب. وأنه في حال استخدام حاوية النقل الخاصة بمركز المساعدة الطبية على الإنجاب فيجب دفع رسوم استخدام غير مستردة بالإضافة إلى رسوم التأمين والتي سوف يتم إعادتها لنا فور إرجاع حاوية النقل في حالتها الأصلية كما يجب علينا إرجاع حاوية النقل الخاصة بمركز المساعدة الطبية على الإنجاب في غضون **ثلاثة أيام** من استخدامها.
 - أنا أقر بأنه سيتم استخدام العينة لأغراض العلاج الخاص بي وأنها لن تستخدم لأشخاص آخرين أو لإجراء تعديلات جينية أو علاجات اختبارية.
 - أنا أفهم بأنه لن يتم استخدام عينة الحيوانات المنوية المجمدة في البحوث العلمية إلا بموافقة الشخص المعني وضمن بنود قانون المساعدة الطبية على الإنجاب في الدولة.
- توقيع صاحب الشأن: التاريخ:
- توقيع الطبيب المعالج: التاريخ:
- توقيع مدير المركز (أو من ينوب عنه): التاريخ:

مرفق القرار الوزاري رقم (192) لسنة 2021

نموذج موافقة صاحب الشأن على حفظ السائل المنوي أو عينة (خزعة البربخ أو الخصية) عن طريق التجميد

أقر أنا السيد / الجنسية رقم الهوية / جواز السفر
المقيم في العنوان التالي: رقم الهاتف المتحرك:
عنوان البريد الإلكتروني:

- بأنني قرأت المعلومات الخاصة بتجميد عينة السائل المنوي (أو خزعة الخصية أو خزعة البربخ)، وأن مركز المساعدة الطبية على الإنجاب سيقوم بتجميد وحفظ العينة بحسب اختيار وتقدير الفريق الطبي والعلمي للمركز لمدة 5 سنوات قابلة للتمديد لمدد مماثلة بناء على طلب كتابي من صاحب الشأن بحسب القانون الاتحادي لدولة الإمارات رقم (7) لسنة 2019 في شأن المساعدة الطبية على الإنجاب.
- أنا أفهم أنني أستطيع تغيير شروط موافقتي في أي وقت ومن مسؤولياتي التواصل مع مركز المساعدة الطبية على الإنجاب خطياً للقيام بذلك.
- أنا أدرك أنه من الممكن أن تنحدر جودة العينة أو قد تتلف بعد إجراء عملية التجميد والإذابة مما قد يؤدي إلى عدم استخدامها في تخصيب البويضات.
- أنا أفهم أنه قد يتم إيقاف دورة العلاج في أي وقت إذا كانت هناك مشكلة في مختبر الإخصاب.
- أنا أفهم أنه في حين سيتم بذل كل جهد ممكن لضمان الحفاظ على العينة المجمدة في ظل أفضل الظروف، ولن يتحمل مركز المساعدة الطبية على الإنجاب مسؤولية فقدان العينات المجمدة بسبب عطل في الأجهزة والمعدات أو الحريق أو الكوارث الطبيعية أو أي إخطار أخرى.
- أنا أدرك أنه لا يسمح بنقل العينات المجمدة خارج أو داخل دولة الإمارات العربية المتحدة دون موافقة الجهة الصحية.
- أنا أدرك أنه من مسؤوليتي إخطار مركز المساعدة الطبية على الإنجاب في حال حدوث أي تحديث أو تغيير في تفاصيل العنوان/الاتصال حيث أن فقدان الاتصال مع المركز سيؤدي إلى إتلاف العينة المجمدة عند نهاية مدة التجميد.
- أنا أدرك أنه يجب تسوية رسوم عملية التجميد قبل إجرائها، وأنه يجب علينا دفع رسوم التخزين السنوية لكل سنة تخزين لاحقة.
- أنا أفهم أنه سيتم إتلاف العينات الخاصة بي إذا لم يتم دفع رسوم التخزين السنوية أو حين انقضاء مدة الحفظ القانونية (خمس سنوات) من دون التقدم بطلب كتابي للتمديد.
- أنا أدرك أنه في حال وفاتي سيتم إتلاف جميع العينات المحفوظة الخاصة بي من قبل مختبر المركز وفق الإجراءات المعمول بها.

توقيع صاحب الشأن (صاحب عينة الحيوانات المنوية): التاريخ:
توقيع الطبيب المعالج: التاريخ:
توقيع أخصائي علم الذكورة: التاريخ: