

**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 ،،،

**قرّر:**

**المادة (1):**  
تُعتمد وفقاً 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

**مِرْفَقُ الْقَرْارِ الْوَزَارِيِّ رَقْمُ (١٩٢) لِسَنَةِ ٢٠٢١م**  
**نَمُوذِجٌ موَافِقَةً صَاحِبِ الشَّأنِ عَلَى حَفْظِ الْبَوَيْضَاتِ غَيْرِ الْمَلْقُحَةِ عَنْ طَرِيقِ التَّجمِيدِ**

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

- مركز المساعدة الطبية على الانجذاب سيقوم بتجميد وحفظ البوالصات بحسب اختيار وتقدير الفريق الطبي والعلمي للمركز لمدة 5 سنوات قابلة للتمديد لمدد مماثلة بناء على طلب كتابي من صاحب الشأن بحسب القانون الاتحادي رقم (٧) لسنة ٢٠١٩ في شأن المساعدة الطبية على الانجذاب.
- نظراً لتعقد عملية التجميد، فإن المركز لا يضمن سلامة البوالصات بعد عملية التذويب حيث أن هناك احتمال فقدان بعض منها أو جميعها.
- نادراً وبسبب عدم وجود بوالصات ناضجة أو لأسباب تقنية، لن يتمكن مركز المساعدة الطبية على الانجذاب من تجميد البوالصات.
- أدرك أنه من مسؤوليتي إخطار مركز المساعدة الطبية على الانجذاب في حال حدوث أي تحديث أو تغيير في تفاصيل العنوان أو أرقام الاتصال أو الحالة الاجتماعية حيث أن فقدان الاتصال مع المركز سيؤدي إلى إتلاف العينة المجمدة عند انتهاء مدة التجميد.
- أدرك أنه لا يسمح بنقل البوالصات المجمدة خارج وداخل 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 البوالصات المجمدة في ظل أفضل الظروف، فإن مركز المساعدة الطبية على الانجذاب لا يتحمل مسؤولية فقدان العينات المجمدة بسبب عطل في الأجهزة والمعدات أو الحرائق 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 البوالصات المجمدة إذا لم يتم تسديد رسوم التخزين باستمرار أو في حال انتهاء المدة القانونية للتخزين (٥ سنوات من تاريخ بداية التجميد) من دون التقدم بطلب كتابي للتجديد أو للتمديد من صاحب الشأن.
- أدرك أنه من مسؤوليتي إبلاغ المركز برغبي في تجديد مدة التخزين سنوياً أو رغبتي بإتلاف البوالصات المجمدة.
- أدرك أنه سيتم إتلاف البوالصات 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 اتلاف (عينة البوبيضات غير الملقحة / عينة السائل المنوي أو عينة (خزعة البربخ أو الخصية) المجمدة

السيد / السيدة : .....  
جواز سفر رقم/هوية الامارات رقم: .....  
عنوان الإقامة: ..... رقم الملف: .....  
البريد الإلكتروني: ..... رقم الهاتف المتحرك: .....  
أوافق طواعية بموجب هذا الطلب/الاقرار على التخلص نهائياً (اتلاف) جميع البوبيضات/  
الحيوانات المنوية المجمدة أو عينات السائل المنوي أو عينة (خزعة البربخ أو الخصية) المجمدة  
والمحزنة في مركز المساعدة الطبية على الإنجاب.

تفاصيل العينات كالتالي:

الحيوانات المنوية		البوبيضات / (حدد)	
	عدد عبوات الحفظ:		عدد البوبيضات:/
	عينة سائل منوي/خزعة من الخصية/خزعة من البربخ:		عدد عبوات الحفظ:
	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 المتعلقة 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 سيبني عليها البحث العلمي وتمت الإجابة على جميع الأسئلة بالكامل.
- كما تم إعلامي من قبل الطاقم الطبي/أعضاء فريق البحث بأن المدة المتوقعة للانتهاء 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 أدي 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 المسمي الوظيفي الوحدة التنظيمية التوقيع التاريخ

**مِرْفَقُ الْقَرَارِ الْوَزَارِيِّ رَقْمُ (192) لِسَنَةِ 2021م  
نَمُوذِجُ اَقْرَارِ بِالْمَوْافِقَةِ عَلَى سَحْبِ الْبَوَيْضَاتِ**

الاسم: \_\_\_\_\_ رقم الملف: \_\_\_\_\_

رقم الجواز/الهوية: ..... الهاتف المتحرك: ..... البريد الالكتروني: .....  
**التوضيح:** سحب البوصات هو أخذ البوصات من المبيض لغرض التلقيح في المختبر كجزء من العلاج لإحداث الحمل. ويستخدم مجس الموجات فوق الصوتية المهبلي لتصور المبايض والحوصلات التي قد تحتوي على البوصات وتمرر إبرة موجفة متصلة بمجس الموجات فوق الصوتية إلى داخل الحوصلات لسحب البوصات وفي بعض الحالات يتم جمع البوصات عن طريق البطن عند تذر ذلك من المهبلي.

**الفوائد:** جمع البوصات من أجل الإخصاب أو الخصوبة.

**المخاطر:**

• العدوى: البكتيريا الموجودة بشكل طبيعي في المهبلي قد يتم نقلها عن غير قصد في تجويف البطن عن طريق موضع الجراحة وقد تسبب هذه البكتيريا عدوى تصيب الرحم وقناتي فالوب والمبيض، أو أعضاء أخرى داخل البطن. نسبة الإصابة بمثل هذه العدوى بعد سحب البوصات هو أقل من 0.5%.

• النزيف: كل من المهبلي والمبيض يحتوي على أوعية دموية كما يوجد أوعية دموية أخرى قريبة. الموجات فوق الصوتية تكشف فقط الأوعية الدموية الكبيرة وليس 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 البوصات.

• 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 بوصات أو قد تكون البوصات المسحوبة ضعيفة أو أن تتلف بعد التجميد أو تفشل في التلقيح أو إحداث حمل بطفلي حي.

**الآثار الجانبية:**

• ألم بالبطن والذي يمكن السيطرة عليه بأقراص الباراسيتامول. في حالة حدوث آلام مبرحة أو آلام لا تستجيب للمسكنات يتوجب الذهاب إلى أقرب مستشفى.

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

**البدائل:** لا يوجد بديل لجمع البوصات في حالة إجراء أطفال الأنابيب.

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

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

ونحن نفهم الفوائد، العوائق 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 البوسطات غير الملقة المجمدة أو عينة السائل المنوي أو عينة (خزعة البربخ 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 / بنقل .....بوسطات غير الملقة المجمدة من .....إلى مركز ..... المساعدة الطبية على الإنجاب.....

• أنا/ أفهم أن جمع هذه البوسطات لم يتم في مركز المساعدة الطبية على الإنجاب وبالتالي فالمركز ليس مسؤولاً عن العمليات التي أجريت لجمع وحفظ البوسطات المنقولة من قبل المركز السابق.

• وفقاً لذلك، أوفق على نقل هذه البوسطات غير الملقة المجمدة، وأعفي مركز المساعدة الطبية على الإنجاب من أي مسؤولية فيما يتعلق بأي أخطاء قد وقعت خلال عملية جمع البوسطات بما في ذلك أي اختلال وراثي للبوسطات غير الملقة المجمدة والمنقولة إلى مركز المساعدة الطبية على الإنجاب.....

• أنا / أدرك أنه لا يُسمح بنقل البوسطات غير الملقة 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 مسترد بالإضافة إلى رسوم التامين والتي سوف يتم إعادتها لنا فور إرجاع حاوية النقل في حالتها الأصلية كما يجب على 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 تدريبات جينية أو علاجات تجريبية.

• أنا/ أفهم بأنه لن يتم استخدام البوسطات الملقة المجمدة في البحوث العلمية إلا بموافقة صاحب الشأن المعين 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:.....

**مِرْفَقُ الْقَرْدَرِ الْوَزَارِيِّ رَقْمَ (192) لِسَنَةِ 2021م**  
**نَمُوذِجُ الْمَوْافِقَةِ عَلَى نَقْلِ عِيْنَةِ السَّائِلِ الْمَنْوِيِّ أَوْ عِيْنَةِ (خَزْعَةِ الْبَرِّيْخِ أَوِ الْخَصِيْبِيَّةِ) مِنْ مَرْكَزٍ إِلَى مَرْكَزٍ آخَرَ**  
**لِلْمَسَاعِدَةِ الطَّبِيَّيَّةِ عَلَى الإِنْجَابِ**

- 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 يقم 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 والإجراءات 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 المعنى 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: .....

نموذج موافقة صاحب الشأن على حفظ السائل المنوي أو عينة (خزعة البربخ أو الخصية) عن طريق التجميد  
مرفق القرار الوزاري رقم (192) لسنة 2021

..... الجنسية ..... رقم الهوية / جواز السفر .....  
..... رقم الهاتف المتحرك .....  
..... عنوان البريد الالكتروني:

- بأني قرأت المعلومات الخاصة بتجميد عينة السائل المنوي (أو خزعة الخصية أو خزعة البربخ)، وأن مركز المساعدة الطبية على الانجاب 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 الامارات رقم (7) لسنة 2019 في شأن المساعدة الطبية على الانجاب.
- أنا أفهم أنني أستطيع تغيير شروط موافقتي في أي وقت ومن مسؤولياتي التواصل مع مركز المساعدة الطبية على الانجاب خطيا 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 الأخصاب.
- 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 الانجاب مسؤولية فقدان العينات المجمدة بسبب عطل في الأجهزة والمعدات أو الحريق أو الكوارث الطبيعية أو أي إخطار آخر.
- 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 الانجاب في حال حدوث أي تحدث 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 انتهاء مدة الحفظ القانونية (خمس سنوات) من دون التقدم بطلب كتابي للتمديد.
- أنا أدرك أنه في حال وفتي 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: .....