Приложение к договору № \_\_\_\_\_ от « »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

 на оказание платных медицинских услуг

**Информированное добровольное согласие**

**суррогатной матери.**

Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года рождения, паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан (кем, когда) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, проживающая по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

изъявляю желание стать суррогатной матерью. Я понимаю, что для этого я должна пройти клиническое обследование.

Заявляю, что изложила врачу ООО «КИРМ» все известные мне данные о состоянии своего здоровья, наследственных, венерических, психических и других заболеваниях в моей семье. Я понимаю, что результаты моего обследования будут сообщены не только мне, но и супружеской паре, страдающей бесплодием.

Мне известно, что несмотря на то, что гарантируется перенос только делящихся эмбрионов, не исключается возможность отсутствия беременности, выкидыша, неразвивающейся беременности, анэмбрионии (отсутствие эмбриона), что является показаниями для прерывания беременности; несмотря на то, что перенос эмбриона осуществляется в полость матки, возможно развитие внематочной беременности, что потребует неотложной госпитализации в круглосуточный стационар для оперативного лечения; при введении двух эмбрионов (с целью повышения вероятности наступления беременности) высока вероятность наступления многоплодной беременности

Я согласна на перенос \_\_\_\_\_ эмбрионов

Также я информирована, что при наступлении беременности в программах ВРТ возможно развитие угрозы прерывания беременности, проявляющейся кровянистыми выделениями, болями внизу живота, о чем необходимо незамедлительно поставить в известность врача; угроза прерывания беременности в ряде случаев потребует госпитализации в стационар для проведения медикаментозной терапии, которая проводится в соответствии с медицинскими стандартами и рекомендациями врача, во время беременности даю согласие на применение препаратов эстрогенов, прогестерона, кровоостанавливающих препаратов, антикоагулянтов, антибактериальных препаратов, по назначению лечащего врача; я извещена о том, что мне необходимо принимать назначенные препараты и методы лечения, немедленно сообщать врачу о любом ухудшении самочувствия, согласовывать с врачом прием любых, не прописанных врачом лекарств.

Я предупреждена о том, что беременность и роды могут сопровождаться рядом осложнений. Во время проведения этой программы я обязуюсь выполнять все назначения врача и строго следовать его рекомендациям. Мне разъяснен порядок проведения процедуры и известно, что может потребоваться не одна попытка прежде, чем наступит беременность.

Я подтверждаю, что внимательно прочла и поняла всю информацию, представленную мне ООО «КИРМ», в том числе статьи Семейного кодекса РФ, посвященные «Суррогатному материнству», и имела возможность обсудить с врачом интересующие или непонятные мне вопросы в этой области. На все заданные вопросы я получила удовлетворившие меня ответы. Мое решение является свободным и представляет собой информированное согласие на проведение процедуры в ООО «КИРМ». Я предупреждена о том, что ООО «КИРМ» не решает юридические вопросы, связанные с усыновлением и не участвует в обсуждении условий соглашения между бесплодной парой и «суррогатной» матерью.

 «суррогатная мать» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

« \_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_