قرار وزاري رقم (191) لسنة 2021م
في شأن اعتماد النماذج الخاصة بالزوجين والمتعلقة بإجراءات المساعدة الطبية على الانجاب

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 ،،،

قـــــرّر:

المادة (1):
تُعتمد وفقا لمرفق هذا القرار النماذج الخاصة بالزوجين والمتعلقة بإجراءات المساعدة الطبية على الانجاب.

المادة (2):
يلغى كل حكم آخر يخالف أو يتعارض مع أحكام هذا القرار.

المادة (3):
يعمل بهذا القرار من تاريخ اصداره ويبلّغ لمن يلزم لتنفيذه .

عبد الرحمن بن محمد العويس
وزير الصحة ووقاية المجتمع

صدر بديوان الوزارة بدبي بتاريخ: 28 / ديسمبر / 2021

مرفق القرار الوزاري رقم (191) لسنة 2021
تموذج موافقة الزوجين على إجراء تقنيات المساعدة الطبية على الإنجاب.

نقر نحن الموقعين أدناه أنه خلال مقابلتنا مع الطبيب المختص **(اسم الطبيب)** ..... لمناقشة علاجنا في مركز المساعدة الطبية على الإنجاب **(اسم المركز)** ..... ، قد تم شرح وبيان أسباب تأخر الحمل أو حدوث الإجهاض المتكرر وطرق العلاج المختلفة والمناسب منها لحالتنا وقد تلقينا معلومات كافية حول الاتي:

1- المبادئ الأولية لطرق العلاج والتقنيات المختلفة للمساعدة الطبية على الانجاب المتوفرة بالمركز.
2- أن العامل الاساسي في نجاح العلاج يعتمد على سن المرأة ومدى استجابة المبيض للتحفيز بالأدوية وكذلك على طبيعة المشكلة لدى الزوجين.
3- تحفيز المبيض لإنتاج البويضات يتم باستخدام هرمونات وقد يكون لها آثار جانبية مثل:

- عدم الاستجابة للعلاج أو فرط الاستجابة (متلازمة فرط الإباضة). أن خطورة هذه المتلازمة قد تكون محدودة، متوسطة، او عالية وانه من الممكن دخول المستشفى احيانا لتقديم الرعاية الصحية اللازمة ونادرا ما قد تحتاج المريضة للدخول الي العناية المركزة لتلقى العلاج.
- احتمال إيقاف العلاج في أي من الحالات السابقة لتلافي حدوث مضاعفات (لن يكون المبلغ المدفوع مستردا في حال تم إيقاف العلاج إلا إذا كان سبب إيقاف العلاج ناتجا عن تقصير من المركز ففي هذه الحالة يجب إرجاع المبلغ المدفوع للمريض) .
- عدم التأكد من علاقة العقاقير المنشطة للمبيض وحدوث أورام بالمبيض أو الرحم أو الثدي.
- حدوث التواء في المبيض نتيجة كبر حجمه بعد التنشيط أو بعد جمع البويضات (نادر الحدوث).
- حدوث نزيف داخلي والذي قد يتطلب عمليه جراحيه لإيقافه أو نقل دم للمريضة.

4- المضاعفات التي قد تحدث بعد عملية سحب البويضات مثل حدوث ألم بالبطن أو التهابات نتيجة عدوى أو جرح للمثانة والأمعاء أو مضاعفات ناتجة عن التخدير وكذلك حدوث عدوى أثناء التخصيب وجميعها أخطار قليلة الحدوث.
5- نادرًا ما تكون هناك حاجة إلى إجراءات تشخيصية وجراحية إضافية مثل تنظير البطن أو شق البطن أو تنظير الرحم وما إلى ذلك بعد عملية سحب البويضات.
6- ستتم متابعة العلاج بالفحص المهبلي بالموجات فوق الصوتية.
7- أنه من الممكن أن تفشل عملية تخصيب البويضات (عدم حدوث تلقيح) وذلك بنسبة 5 %.
8- يعتمد عدد الأجنة التي سيتم ارجاعها الى الرحم على عدة عوامل وأن نقل أكثر من جنين واحد قد يؤدى لحدوث الحمل المتعدد (التوأم أو الحمل بثلاثة أو أكثر) وأننا ناقشنا ذلك مع الطبيب المعالج. (على أن لا يزيد عدد الأجنة المنقولة الى الرحم عن اثنين وفقا للتشريع الاتحادي لدولة الامارات في شأن المساعدة الطبية على الإنجاب) علما بأن الحمل المتعدد يزيد من خطورة الحمل ويهدد سلامة الأجنة أثناء الحمل وعند الولادة .
9- انه يمكننا قبول أو رفض أي علاج مصاحب مثل الفحص الوراثي للأجنة أو لاصق الأجنة أو ما إلى ذلك.
10- عند حدوث الحمل بعد استخدام تقنيات المساعدة الطبية على الإنجاب فإن هناك احتمالات لحدوث إجهاض أو حدوث حمل خارج الرحم.
11- أننا قد تطرقنا إلى المشاكل المختلفة التي يمكن أن تحدث للأطفال المولودين بعد استخدام تقنيات المساعدة الطبية على الإنجاب.
12- أننا قد قرأنا كتيّب المعلومات المصاحب بتمّعن وأننا نفهم تفاصيل قائمة الأسعار للطرق العلاجية المختلفة، والتي لا تشمل مبالغ الأدوية والتحاليل وأي طرق علاجية إضافية أخرى.

13-وفقا للقانون الاتحادي لدولة الامارات في شأن المساعدة الطبية على الانجاب، يمنع منعا باتا نقل أي بويضات أو حيوانات منوية أو أجنة من مركز المساعدة الطبية على الإنجاب إلى أي مركز آخر داخل أو خارج الدولة الا بعد موافقه الجهة الصحية والجهات الصحية الأخرى المعنية بالأمر بحسب الأحوال.

14-ان ممعلوماتنا وتفاصيل خطة العلاج الخاصة بنا خاصة وسرية للغاية، وأن مركز المساعدة الطبية على الإنجاب يطبق أعلى المعايير لضمان سلامة المريض (المرضى) وعيناتهم.

وبعد المناقشة مع الطبيب المعالج في مركز المساعدة الطبية على الإنجاب فإننا نفهم أن وسيلة العلاج التي ستقدم لنا هي: _____

اسم الزوجة:.....التوقيع : ..... التاريخ: .....

رقم الهاتف المتحرك : .....البريد الإلكتروني : .....

اسم الزوجة:.....التوقيع :..... التاريخ: .....

رقم الهاتف المتحرك : .....البريد الإلكتروني : .....

اسم الطبيب: ..... التوقيع: ..... التاريخ: .....

مرفق القرار الوزاري رقم (191) لسنة 2021م
نموذج موافقة الزوجين على نقل الأجنة إلى الرحم أو إلى قناة فالوب

نقر نحن الزوجين:
السيد/ ..... الجنسية..... رقم الهوية/ جواز السفر.....
رقم الهاتف المتحرك : ..... البريد الإلكتروني : .....
والسيدة/ ..... الجنسية..... رقم الهوية/ جواز السفر.....
رقم الهاتف المتحرك : ..... البريد الإلكتروني : .....
المقيمين في العنوان التالي: .....
بأننا تقدمنا بطلب الى مركز ..... عبر الفريق الطبي والفني على إجراء التقنيات المساعدة على الإنجاب وتم الآتي:
و قد تم إبلاغنا وإفهامنا أن الطريقة التي تستخدم يمكن أن تتضمن ما يلي:

أ - تحضير الزوجة بإعطاء أدوية هرمونية (موصوفة) من قبل المختصين.
ب - سحب البويضات من المبيضين عن طريق المهبل.
ج - إخصاب البويضات بالحيوانات المنوية للزوج.
د - العناية بالأجنة الناتجة عن هذا الإخصاب لوقت يحدّده الفريق الطبي والفني لتصبح فيه الأجنة جاهزة لوضعها في رحم أو أنابيب الزوجة.
هـ - انتقاء أفضل أجنة مناسبة من قبل الفريق الطبي والفني.
و - نقل الأجنة المنتقاة إلى الزوجة.

وإننا نوافق على هذه الإجراءات والمعالجات بالأدوية والتخدير للزوجة متى كانت ضرورية خلال المعالجة.
ونحن نتفهم ونقبل أن ليس هناك من تأكيد أن حملاً سينتج من هذه الإجراءات لأن معدل النجاح نسبي حتى ولو كانت البويضات عولجت ونقلت إلى الرحم. وأكثر من ذلك إننا نتفهم ونقبل أن الفريق الطبي لا يعطي ضماناً أن الحمل سينتج عنه ولادة لطفل طبيعي وحي.
ونحن نوافق على نقل الأجنة إلى قنوات فالوب بواسطة التنظير الباطني تحت تأثير التخدير العام.
وقد تم شرح مضاعفات التنظير الباطني كالنزف وانثقاب الأمعاء وخلافه.
ونحن نوافق على أن يقوم الفريق الطبي في المركز بإجراء اللازم في حال حصول مضاعفات.
ونحن نتفهم أن الحمل ينطوي على احتمال وجود توأمين أو ثلاثة (يعتمد ذلك على عدد البويضات والأجنة المنقولة).
وأن الحمل التعددي ينطوي على احتمال حدوث مضاعفات قد تتطور خلال الحمل بنسبة أكثر من الحمل المفرد وخاصة في الحمل المتعدد.
ونحن نتفهم أنه كما في الحمل الطبيعي توجد مخاطرة ومضاعفات لحدوث حمل خارج الرحم.
ونحن نوافق على قرارات الفريق الطبي والفني للمركز كملاءمة الأجنة للنقل داخل الرحم أو قناة فالوب.

توقيع الزوج ..... التاريخ .....
توقيع الزوجة ..... التاريخ .....

مرفق القرار الوزاري رقم (191) لسنة 2021م
نموذج موافقة الزوجين على حقن الحيوانات المنوية داخل الرحم

نقر نحن الزوجين:

السيد/ ..... الجنسية..... رقم الهوية/ جواز السفر..... رقم الهاتف المتحرك : .....

البريد الإلكتروني : .....

والسيدة/ ..... الجنسية..... رقم الهوية/ جواز السفر..... رقم الهاتف المتحرك : .....

البريد الإلكتروني : .....المقيمين في العنوان التالي: .....

بأننا تقدمنا بطلب الى مركز .....للمساعدة الطبية على الإنجاب عبر الفريق الطبي الفني للمركز وبهدف مساعدتنا أنا الزوجة المذكور اسمي أعلاه للحصول على الحمل من زوجي المذكور أعلاه وقد أبلغنا المركز بالأمور الموضحة أدناه والتي نوافق عليها وهي:

- أنه لا توجد أي ضمانة أكيدة لحصول الحمل من خلال هذه العملية كما لا وجود لضمانة ولادة الطفل سليما وحيا.
- أنه كما في الحمل الطبيعي هناك احتمال لحصول تشوهات جنينة.
- أنه كما في الحمل الطبيعي هناك نسبة ضئيلة لحدوث إسقاط للحمل.
- أن هنالك نسبة ضئيلة لإمكانية حدوث فرط تحريض حيث شرح لنا ما يمكن أن تؤدي إليه هذه الحالة.
- أنه لا توجد ضمانة لإنتاج بويضات خلال فترة تحريض الإباضة وأحياناً قد يتم إيقاف عملية التحريض.
- أنه في حالة توقفنا عن المتابعة في المركز تلقى كامل المسؤولية على عاتقنا. وأنه قد أعطينا الوقت الكافي لاستيعاب محتوى هذا النص ومناقشته مع الفريق الطبي والفني.

توقيع الزوج ..... التاريخ .....

توقيع الزوجة..... التاريخ .....

مرفق القرار الوزاري رقم (191) لسنة 2021م

نموذج موافقة الزوجين على المشاركة في البحث العلمي المتعلق بتقنيات المساعدة الطبية على الانجاب

نقر نحن الموقعين أدناه بصفتنا (الزوج والزوجة)، بالآتي:

- الالتزام التام بمبادئ وأحكام القانون الاتحادي رقم (7) لسنة 2019 في شأن المساعدة الطبية على الإنجاب ولائحته التنفيذية فيما يتعلق بالمشاركة بالأبحاث العلمية المتعلقة بتقنيات المساعدة الطبية على الإنجاب، مع علمنا التام بأن هذه الأبحاث التي يقوم بها مركز المساعدة الطبية على الإنجاب تتماشى مع القانون ولائحته التنفيذية سالفي الذكر.
  - أتيحت لنا الفرصة لمناقشة الأسئلة المتعلقة بالبحث العلمي الذي سيتم إجراؤه مع الطاقم الطبي/ أعضاء فريق البحث، وتم التوضيح لي/ لنا من قبل المركز بالغرض من البحث العلمي المراد القيام به، والفرضية التي سيبنى عليها البحث العلمي وتمت الاجابة على جميع الأسئلة بالكامل.
- كما تم اعلامنا من قبل الطاقم الطبي/ أعضاء فريق البحث بأن المدة المتوقعة للانتهاء من البحث العلمي هي .....
- الموافقة على إجراء الأبحاث والتجارب العلمية على عينة البويضات الملقحة (الأجنة) الخاصة /بنا 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 /بنا **لن يتم** استخدامها في البحث العلمي:
  - ❖ بهدف الاستنساخ الإنجابي.
  - ❖ بهدف اصطفاء الميزات الوراثية لغرض إنجابي.
  - ❖ للأغراض التجارية.
  - ❖ لغرض تغيير التركيب الوراثي البشري (المجين البشري - HUMAN GENOME).
  - ❖ لأي غرض يخالف أحكام الشريعة الإسلامية والتشريعات السارية في إمارة دبي الدولة.
- لنا الحق في الامتناع عن مواصلة المشاركة في البحث العلمي أو سحب أو تعديل هذه الموافقة في أي مرحلة قبل استخدام العينة.
- سيتم استخدام العينة الخاصة بنا في بحث علمي بعنوان:.....والذي يهدف إلى: .....

	بيانات الزوج	بيانات الزوجة
الاسم الثلاثي		
رقم الهوية/جواز السفر		
رقم الملف الطبي		
محل الإقامة		
رقم الهاتف المحمول		
عنوان البريد الإلكتروني		
التوقيع		
التاريخ		

	بيانات عضو فريق البحث (الباحث الرئيسي أو رئيس فريق البحث)
الاسم الثلاثي	
الرقم الوظيفي	
عنوان البريد الإلكتروني	
المسمى الوظيفي	

الوحدة التنظيمية	
التوقيع	
التاريـخ	

مرفق القرار الوزاري رقم (191) لسنة 2021م

نموذج موافقة الزوجين على نقل لأجنة المجمّدة من مركز إلى مركز آخر للمساعدة الطبية على الإنجاب

أنا السيد:..... الهاتف المتحرك: .....

عنوان البريد الإلكتروني : .....

وأنا السيدة: .....الهاتف المتحرك:.....

عنوان البريد الإلكتروني :.....

المقيمين في العنوان التالي: .....رقم الملف.....

- نسخة من جواز سفر الزوج / بطاقة الهوية تسلم لمركز المساعدة الطبية على الإنجاب – رقم جواز السفر أو بطاقة الهوية : .....
- نسخة من جواز سفر الزوجة / بطاقة الهوية تسلم لمركز المساعدة الطبية على الإنجاب – رقم جواز السفر أو بطاقة الهوية : .....

نوافق على نقل البويضات الملقحة/الأجنة المجمّدة في مركز المساعدة الطبية على الإنجاب إلى:

.....

نحن نتحمل المسؤولية الكاملة لنقل عدد .....بويضات الملقحة /أجنة إلى الوجهة المذكورة أعلاه.

- نحن نفهم أنه بمجرد نقل العبوات التي تحتوي على البويضات الملقحة /الأجنة إلى حاوية النقل المناسبة ثم تسليمها إلينا، لم يعد مركز المساعدة الطبية على الإنجاب مسؤولاً عن أي ضرر قد يحدث أثناء النقل. كما سيكون مركز الاستلام مسؤولاً بشكل كامل عن تخزين أو استخدام العينة المجمدة.
- نحن نفهم بأنه حال انتقال العينة المجمدة إلى وسط النقل المناسب فإن مركز المساعدة الطبية على الإنجاب أصبح غير مسؤول عن العينة المجمدة. كما أن المركز ليس مسؤولا عن حدوث أي تلف للعينة خلال النقل و/أو/ التخزين بعد ذلك.
- نحن نفهم أن مركز المساعدة الطبية على الإنجاب لن يستطيع ضمان أن البويضات الملقحة /الأجنة المجمدة ستتحمل عملية التجميد والتخزين والنقل والإذابة فور خروج العينات من المركز.
- نحن على علم أن مركز المساعدة الطبية على الإنجاب ليس مسؤولا فيما يتعلق بأي تشوهات لدى المواليد ناتجة عن استخدام هذه البويضات الملقحة /الأجنة المجمدة.
- نحن ندرك أنه لا يُسمح بنقل البويضات الملقحة/ الأجنة المجمدة دون الحصول على موافقة الجهة الصحية.
- نحن ندرك بأنه يجب تغطية جميع الرسوم المستحقة لعملية الحفظ ولإجراءات النقل قبل المباشرة بنقل العينات المجمّدة إلى مركز آخر.
- نحن نفهم أن هناك رسوم لنقل العينة المجمّدة 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 الى 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.
- نحن نقر بأنه سيتم استخدام العينة لأغراض العلاج الخاص بنا وأنها لن تستخدم لأشخاص آخرين أو لإجراء تعديلات جينية أو علاجات تجريبية.
- نحن نفهم بأنه لن يتم استخدام البويضات الملقحة أو الأجنة المجمدة في البحوث العلمية إلا بموافقة الزوجين المعنيين وضمن بنود قانون المساعدة الطبية على الإنجاب في الدولة.

توقيع الزوج.....التاريخ :.....

توقيع الزوجة.....التاريخ :.....

توقيع أخصائي الأجنة: .....التاريخ: .....

توقيع مدير المركز (أو من ينوب عنه): .....التاريخ: .....

مرفق القرار الوزاري رقم (191) لسنة 2021
نموذج موافقة الزوجين على اتلاف الأجنة المجمّدة

نحن،

السيد: ..... جواز سفر رقم/هوية الامارات رقم: .....

رقم الهاتف المحمول:..... البريد الإلكتروني : .....

السيدة: ..... جواز سفر رقم/هوية الامارات رقم: .....

رقم الهاتف المحمول:..... البريد الإلكتروني : .....

عنوان الإقامة: .....رقم الملف: .....

نوافق طواعية بموجب هذا الطلب/الاقرار على التخلص نهائيا (اتلاف) جميع البويضات الملقحة/ الأجنة /المخزنة في مركز المساعدة الطبية على الإنجاب.

تفاصيل العينات كالآتي:

البويضات الملقحة/ أجنة (حدد)	
عدد البويضات/أجنة:	
عدد عبوات الحفظ:	
تاريخ التجميد:	

لقد تم تسديد جميع الرسوم المستحقة لتخزين البويضات الملقحة/ الأجنة/ في مركز المساعدة الطبية على الإنجاب.

توقيع الزوج: .....التاريخ: .....

توقيع الزوجة: .....التاريخ: .....

توقيع اخصائي الأجنة: .....التاريخ: .....

توقيع (مدير المركز / الادارة): .....التاريخ: .....

مرفق القرار الوزاري رقم (191) لسنة 2021م
نموذج الموافقة على إجراء الفحص الوراثي للأجنة

نحن،
السيد: ..... جواز سفر رقم/هوية الامارات رقم: .....رقم الهاتف المتحرك:.....
عنوان البريد الإلكتروني : .....
السيدة: ..... جواز سفر رقم/هوية الامارات رقم: ..... رقم الهاتف المتحرك: ..... رقم الملف: ..... عنوان البريد الالكتروني: .....

بعد قراءة المعلومات المزودة لنا عن **" إجراء الفحص الوراثي للأجنة"** نقر بأننا:

- نفهم سبب تقديم خدمة الفحص الوراثي للأجنة لنا، وفوائد هذه الخدمة وخطورتها المحتملة.
- ندرك أن الفحص الوراثي للأجنة سيتطلب نقل بعض خلايا هذه الأجنة من مختبر علم الأجنة في مركز المساعدة الطبية على الإنجاب إلى مختبر خاص متعاقد معه لتقديم خدمات الفحوصات الوراثية خارج نطاق مركز المساعدة الطبية على الإنجاب بغرض تشخيص التشوهات الوراثية في الأجنة وفق البروتوكولات المعمول بها.
- ندرك أن مركز المساعدة الطبية على الإنجاب غير مسؤول عن حدوث أي تلف غير متوقع أثناء فحص العينات (الخلايا)، وقد شرح لنا الطاقم الطبي/ طاقم مختبر الاخصاب جميع المخاطر المحتملة التي قد تحدث خلال إجراء الفحص الوراثي.
- نقر بأنه قد أتيحت لنا الفرصة لطرح الأسئلة المتعلقة بالفحص الوراثي للأجنة قبل الإرجاع من قبل الطاقم الطبي في المركز.
- ندرك أنه قد يتم إلغاء عملية إرجاع الأجنة في حال كانت هنالك اختلالات وراثية في جميع الأجنة التي تم فحصها أو في حال كان التطور الجنيني بطيئا/ متوقفا.
- في حال تم إجراء الفحص الوراثي للأجنة في اليوم 6/5، نفهم أنه قد يتم تجميد الأجنة التي خضعت للفحص وأنه سيتم التخلص من الأجنة غير الطبيعية بعد استلام تقرير الفحص الوراثي.
- نوافق على دفع الرسوم المطلوبة للفحص الوراثي للأجنة (حسب نوع الفحص أدناه) إذا لم يتم تغطية التكاليف من قبل التأمين الصحي.
- ندرك بأنه في حال لم يتم إرجاع الأجنة لأي سبب يتم توضيحه لنا، فإننا سنلتزم بدفع الرسوم الخاصة بالفحص (حسب نوع الفحص الذي تم إجراؤه) إذا لم يتم تغطية التكاليف من قبل التأمين الصحي.
- نحن ندرك بأن الفحص الذي ستخضع له الأجنة هو:

NGS for PGT-A	☐	**HLA Matching**	☐
NGS-PCR for PGT-M	☐	**NGS for Gender Selection**	☐
Karyotyping	☐		

توقيع الزوج: .....التاريخ: .....

توقيع الزوجة: .....التاريخ: .....

توقيع الطبيب المعالج/الشاهد: .....التاريخ: .....