

[] 捐贈作研究用途 (如未能達成上述之用途，中心可依據指引棄置儲存之卵子(卵母細胞))。

- 5.# 本人明白，由本人卵子(卵母細胞)受孕的胚胎將用於受贈人的不育治療。如前述之治療未能成功進行，或基於任何原因前述之治療不可能成功進行，或在完成前述治療後留下剩餘的胚胎，本人同意由前述受孕成的胚胎將依照受贈人於第 12 條所訂明的指令處置。
6. 本人明白，根據《父母與子女條例》(第 429 章)，本人不會成為藉本人捐贈卵子(卵母細胞)所誕子女的合法母親。本人亦同意，在任何情況下均不會提出對該(等)子女的權利。
7. 就本人所知及所信—
- (a) 除下列情形外，本人健康狀況良好及並無傳染病或遺傳病症—
-
- (b) 除下列情形外，本人親屬從未患有遺傳病症—
-
8. 本人同意接受中心指定的身體檢查及驗血測試(包括愛滋病病毒測試)，以決定本人是否適宜捐贈卵子(卵母細胞)。

日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

簽名 _____
(捐贈人簽名)

姓名 _____
(中文)

(英文正楷)

出生日期 _____
(日/月/年)

簽名 _____
(主診醫生簽名)

簽名 _____
(見證人簽名)

姓名 _____

姓名 _____

職位 _____

第 II 部分 受贈人同意書

9. 我們 (受贈人) _____ (丈夫姓名)
(姓名) (身分證號碼)
及 _____ (妻子姓名),
(姓名) (身分證號碼)
地址為 _____,
已經合法結婚及渴望擁有子女, 謹此同意接受由 _____
(姓名)
_____ (捐贈人) 捐出的卵子(卵母細胞)作不育治療。
(身分證號碼)

10. 我們確認, _____ 已向我們解釋前述治療的性質
及含意, 並給予機會讓我們查詢任何欲知道的事項。我們亦獲給予適當機會接受由
_____ 提供的輔導, 使我們明白有關捐贈的各種含意。

11. 我們完全明白及接受—

- (a) 前述的治療程序未必成功促成妊娠;
- (b) 妻子未必能懷孕至足月;
- (c) 一如正常懷孕, 任何因有關程序而孕育或誕生的孩子, 均有可能出現由於先天性、遺傳性或其他原因導致的健康損害、精神缺陷或肢體殘障。

12.# 我們明白, 由 _____ 的配子受育成的
(請列明提供配子的雙方名稱)

胚胎將用於前述之治療, 並由冷凍日起計, 儲存作上述用途最多兩年(除在特別情況下可容許較長儲存期)。如前述治療未能在此期限內成功進行, 或在前述最長儲存期屆滿前, 基於任何原因前述之治療不可能成功進行, 或在完成前述治療後留下剩餘的胚胎, 我們同意由前述受育成的胚胎可(請選其一)—

- [] 被棄置。但須依據人類生殖科技管理局不時公布的實務守則內「棄置配子或胚胎指引」(以下簡稱「指引」)進行。
- [] 以匿名捐贈給其他不育夫婦作治療用途。在此情況下, 我們之胚胎將不會用作促成多於總數一 / 二 / 三*次活產個案[®] (如未能達成上述之用途, 中心可依據指引棄置儲存之胚胎)。
- [] 捐贈作研究用途 (如未能達成上述之用途, 中心可依據指引棄置儲存之胚胎)。

13. 我們明白，根據《父母與子女條例》（第 429 章），我們將會成為藉前述治療所誕子女的合法父母。

日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

簽名 _____
(丈夫簽名)

簽名 _____
(妻子簽名)

姓名 _____
(中文)

姓名 _____
(中文)

(英文正楷)

(英文正楷)

結婚證書編號 _____

簽名 _____
(主診醫生簽名)

簽名 _____
(見證人簽名)

姓名 _____

姓名 _____

職位 _____

註：* 請刪去不適用者

以丈夫精子與捐贈卵子(卵母細胞)受育成胚胎，才需填寫此項。

@ 如捐贈者指示將剩餘或未用之卵子(卵母細胞)捐贈予其他不育夫婦，在受贈人指示將剩餘或未用之卵子(卵母細胞)捐贈予其他不育夫婦的情況下，捐贈人於第 3 條所指 明的「活產個案」上限需一併被考慮。由剩餘卵子(卵母細胞)及其後受育成的胚胎所促成的「活產個案」總數應不多於三次。