

基於醫學理由使用生殖科技程序進行性別選擇同意書

1. 我們 _____ (丈夫姓名)(以下簡稱“丈夫”)及 _____ (妻子姓名)
(姓名) (身分證號碼)
(以下簡稱“妻子”)，地址為 _____，謹此同意並授權
_____ (生殖科技中心名稱)(以下簡稱“中心”)把我們的配子／胚胎*以性別選擇技術進行嬰兒性別選擇，並明白過程中只會使用我們的配子。
2. 我們現亦同意中心可進行下列的生殖科技程序(請選取合適者)——
- () 精子處理及性別選擇技術作人工授精
 - () 精子處理及輸卵管內核前階段移植
 - () 體外受精
 - () 植入前基因診斷及性別選擇胚胎移植
 - () 產前檢查及性別選擇墮胎
 - () 其他(請註明)_____
3. 我們明白，上文第 2 條所述的生殖科技程序可導致胎兒的性別被選定，並明白有需要進行以上程序，以免胎兒患上稱為 _____ 的伴性遺傳疾病(見《人類生殖科技條例》(第 561 章)附表 2)，影響胚胎健康。 _____ 已向我們解釋伴性遺傳疾病的性質及含意。
4. 我們確認， _____ 已向我們清楚解釋胎兒性別選擇的性質及含意，並給予機會讓我們可隨意查詢任何事項。我們亦獲給予適當機會，接受由 _____ 提供的輔導，使我們明白有關治療的各種含意。
5. 我們完全明白及接受——
- (a) 妻子未必能成孕；
 - (b) 妻子未必能懷孕至足月；
 - (c) 妻子可能會因體外受精／胚胎移植*所引致的懷孕而患上疾病或併發症；
 - (d) 一如正常懷孕，任何藉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；以及
 - (e) 選擇胎兒性別的生殖科技技術效用並不穩定，因此，藉這個程序所誕生的孩子未必屬我們選擇的性別。

6. 本人 _____ (妻子姓名) 同意—
(姓名) (身分證號碼)

- (a) 接受準備抽取卵子(卵母細胞)的程序，包括使用藥物來進行過度刺激排卵；
- (b) 利用腹腔鏡檢查／超聲波協助從本人的卵巢取出卵子(卵母細胞)；以及
- (c) 為進行有關程序，在有需要的情況下會向本人施用適當的藥物及／或麻醉藥，

並確認 _____ 已向本人解釋收集卵子(卵母細胞)程序的性質、程序及可能引起的併發症，並給予機會讓本人可隨意查詢任何事項。本人亦獲給予適當機會，接受由 _____ 提供的輔導，使本人明白有關程序的各種含意。

7. 我們確認已閱讀／已獲解釋*《生殖科技及胚胎研究實務守則》內附錄 XI 的資料頁。我們完全明白資料頁的內容，並同意我們的個人資料可作資料頁第 1 段所述用途。

日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

簽名 _____
(丈夫簽名)

簽名 _____
(妻子簽名)

姓名 _____
(中文)

(英文正楷)

姓名 _____
(中文)

(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 _____

* 刪去不適用者