

Please Used ID Label or Block Print

Surname			Unit Record No.
Given Name			Chinese Name
Sex	Age	Ward	Admitted Date & Time
Attn. Doctor			
Consult. Doctor			

(供已婚夫婦日後自用)

1. 我們 _____ (丈夫姓名)，
(姓名) (身份證號碼 / 護照號碼)

以下簡稱“丈夫”，及

_____ (妻子姓名)，
(姓名) (身份證號碼 / 護照號碼)

以下簡稱“妻子”，地址為 _____，

謹此授權 _____ (生殖科技中心
名稱)(以下簡稱“中心”)根據中心慣常採用的實施程序，冷凍及儲存由我們的配子所製
造的胚胎(以下簡稱“計劃”)。

2. 我們確認，_____ 已向我們清晰解釋計劃的性質、
程序及可能引起的併發症，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
我們明白有關計劃的各種含意。

3. 我們明白，就計劃而發出的書面通知須具有我們兩人的簽署，方為有效。

4. 我們同意，我們的胚胎將由冷凍胚胎的日期起計先儲存兩年，除下文第 6 條另有規定
外，只有在我們發出續期通知書的情況下，有關儲存將會於期滿後續期兩年。我們明
白，上述續期通知書須於現行儲存期限屆滿前至少一個月送交中心*(如下文第 6 條訂明的
儲存期限少於兩年，請刪除此條)。

5. 我們同意，如我們沒有以書面通知續期，中心可根據以下第 6 條我們所訂明的指令處置我
們的胚胎。

6. 我們明白，在上文第 4 條所述我們發出續期通知的情況下，我們的胚胎由冷凍胚胎的日期
開始計算，會被冷凍及儲存最長 _____ 年³¹，以及在上述指明的最長儲存期限
屆滿後，或在我們任何一方去世後或在離婚或合法分居或一方無能力撤回其同意的情況
下(以較早發生者為準)，我們所儲存的胚胎可(請選其一)——

[] 被棄置，但須依據人類生殖科技管理局不時公佈的實務守則內“有關棄置配子或
胚胎的指引”(以下簡稱“指引”)進行。

冷凍及儲存胚胎同意書

Please Used ID Label or Block Print

Surname		Unit Record No.	
Given Name		Chinese Name	
Sex	Age	Ward	Admitted Date & Time
Attn. Doctor			
Consult. Doctor			

[] 匿名捐贈給其他不育夫婦作治療用途。在這個情況下，我們的胚胎將不會用作促成多於總數 1/2/3*次活產個案（如未能達成上述用途，中心可依據指引棄置儲存胚胎）。

[] 捐贈作研究用途（如未能達成上述用途，中心可依據指引棄置儲存胚胎）。

[] 捐贈作品質控制及／或培訓用途（如未能達成上述用途，中心可依據指引棄置儲存胚胎）。

7. 我們明白，我們所儲存的胚胎，必須在我們均屬婚姻雙方的人時，才可用以進行生殖科技程序，但有關法例或《生殖科技及胚胎研究實務守則》訂明的情況則屬例外。此外，在我們任何一方去世後，尚存配偶不可使用我們所儲存的胚胎製造遺腹子。

8. 我們明白，我們可隨時退出及終止計劃。我們只須向中心發出書面通知，表明退出及終止計劃的意向，並向中心指明，我們在中心所儲存的胚胎將—

- (a) 移交其他本地持牌生殖科技中心；
- (b) 輸出海外中心；或
- (c) 依據上文第 6 條我們所訂明的指令處置。

如我們於退出或終止計劃時沒有提供上述指引，中心可依據我們於上文第 6 條所訂明的指令，處置儲存胚胎。

9. 我們明白，我們的地址或婚姻關係如有變更，須即時通知中心。

10. 我們完全明白及接受—

- (a) 我們所儲存的胚胎未必成功促成妊娠；
- (b) 與正常懷孕比較，冷凍、解凍及儲存我們的胚胎的程序，並不會導致較高機會懷有不正常的孩子。任何藉使用該胚胎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；
- (c) 儲存胚胎的質素在很大程度上取決於胚胎在冷凍前的質素；
- (d) 胚胎的質素可能會因冷凍及解凍的程序而下降，並可能不再適合日後使用；以及
- (e) 基於中心無法控制的任何因由，或不能預計的情況而導致胚胎損毀或變壞，中心概不負責。

11. 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：“就提供生殖科技／捐贈程序而收集個人資料”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。

仁安醫院
UNION HOSPITAL
生殖醫學服務

冷凍及儲存胚胎同意書

Please Used ID Label or Block Print

Surname		Unit Record No.	
Given Name		Chinese Name	
Sex	Age	Ward	Admitted Date & Time
Attn. Doctor			
Consult. Doctor			

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 _____

* 刪去不適用者

#1: 病人可指明胚胎的儲存期限，但最長不可超過 10 年。

