ג' טבת, תשפ"ו
23 דצמבר, 2025

אל: מנהלי בתי חולים
מנהלי האגפים הרפואיים - קופות החולים
מנהלי יחידות הפריה חוץ גופית
מנהלי בנקי זרע
מנהלי מכונים גנטיים

הנדון: נוהל בנקי זרע

סימוכין: חוזר המנהל הכללי מס' 20/07 בנושא: "כללים בדבר ניהולו של בנק זרע והנחיות לביצוע הזרעה מלאכותית"

נוהל יועמ"ש משרד הבריאות בנושא: "אישור נטילת זרע מנפטר (בהתאם להנחיות היועץ המשפטי לממשלה - 1.2202)" מיום 21.3.2005

מכתב מנהל אגף רישוי מוסדות בנושא: " הבאת תרומת זרע מבנקי זרע מחוץ לישראל" מיום 1.2.2015 מספר:6698907:

שאר החוזרים וההנחיות עליהם מתבסס החוזר מפורטים במרוכז בסופו.

הננו להביא בזאת לידיעתכם חוזר בנושא שבנדון המעדכן, מחליף ומבטל את חוזרנו שבסימוכין וכל הנחיה אחרת בנושא.

1. **כללי:**

על רקע שינויים חברתיים ורגולטורים והתפתחויות טכנולוגית בתחום נוצר הצורך בעידכון החוזר שבסימוכין.

2. **מטרה:**

קביעת כללים אחידים לעניין בנקי זרע.

3. **הגדרות:**

"בית חולים" - בית-חולים כללי רשום בהתאם לסעיף 25 לפקודת בריאות העם 1940;

"בנק זרע" - מחלקה או יחידה במוסד רפואי שהמנהל הכיר בה לפי פקודת בריאות העם, ותקנה 2 לתקנות בריאות העם (בנק זרע), תשל"ט-1979, אשר מצוי בה מאגר של זרע מוקפא לצורכי הזרעה עתידית;

www.health.gov.il ■ Ministry of health, P.O.B 1176, Jerusalem 91010 ■ משרד הבריאות, ת.ד.1176, ירושלים 91010

"הזרעה מלאכותית" - העברת זרע לרחם אשה על מנת שתהרה בדרך שאינה קיום יחסי מין;

"הפריה חוץ גופית" (IVF) - תהליך בו מתבצעת הפרית ביצית בזרע מחוץ לגוף האישה;

"המנהל" - המנהל הכללי של משרד הבריאות או מי שהוא הסמיכו לעניין תקנות בריאות העם (בנק זרע), תשל"ט - 1979;

"זרע" - נוזל ותאי הזרע;

"יחידה להפריה חוץ גופית (IVF) (להלן "יחידה")" - מחלקה מוכרת בבית חולים שהכיר בה המנהל הכללי במשרד הבריאות בהתאם לתקנות בריאות העם (הפריה חוץ גופית), התשמ"ז-1987;

"מנהל בנק זרע" - רופא בעל תואר מומחה באחד מהמקצועות הרפואיים הבאים: יילוד וגינקולוגיה, אורולוגיה, גנטיקה רפואית;

"מעבדת בנק זרע" - מעבדה רפואית שנמצאת במוסד רפואי שיש בו בנק זרע ושקבלה תעודה של המחלקה למעבדות במשרד הבריאות כמעבדת בנק זרע

"מפקיד זרע" - מי שנתן זרע לבנק הזרע לצורך שימור ושימוש עצמי בזרע בעתיד, ושלא על מנת לתרום את הזרע;

"מרפאה" - כהגדרתה בסעיף 34ג לפקודת בריאות העם לרבות לשכה פרטית של רופאים.

"תורם זרע" - מי שנותן מרצונו מזרעו להפקדה בבנק זרע לשם הזרעה מלאכותית או הפריה חוץ גופית, שלא על מנת להיות אבי הילד שייוולד;

"נתרמת" - אישה המבקשת להרות תוך שימוש בזרע תורם (ע"י הזרעה מלאכותית או הפריה חוץ גופית);

"קרבת משפחה" - סבים, הורים, ילדים, אחים, גיסים, אחיינים, בני דודים, אחות האב, אשת האב ואשת אחי האב;

"תואר מומחה" - כמשמעותו בתקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), תשל"ג -1973;

4. ניהול בנק הזרע

4.1 הכרה ורישוי בנק הזרע

בהתאם לתקנות בריאות העם (בנק זרע), תשל"ט-1979 לא ינוהל בנק זרע אלא אם כן הכיר בו המנהל;

4.1.1 לצורך הכרה בבנק זרע, יפנה מנהל מוסד רפואי בכתב למנהל אגף רישוי מוסדות בבקשה על גבי הטופס שבנספח א'; המנהל רשאי לדרוש מהמבקש פרטים נוספים על אלה המפורטים בבקשה, הנוגעים בין היתר, למבנה, מכשור, צוות, שיטות ונהלי העבודה של הבנק ומעבדת הזרע וכל פרט נוסף הרלוונטי לעניין.

4.1.2 המנהל יכיר בבנק זרע רק אם הוא מנוהל בבית חולים וכחלק ממנו, או בנק זרע פרטי שמופעל בהתאם למתווה משרד הבריאות:

https://www.gov.il/BlobFolder/guide/med-inst-sperm_bank/he/subjects_medical_institutions_licensing_guidelines-for-founding-sperm-bank.pdf

4.1.3. הכרה בבנק זרע תהיה לתקופה של שלוש שנים לכל היותר. חידוש ההכרה בבנק זרע הפועל בבית חולים יבוצע בצמידות לחידוש רישוי ביה"ח. בנק זרע הפועל מחוץ לבית חולים יוכל לבקש את חידוש ההכרה, בצירוף הצהרה כי לא חלו שינויים מהותיים מהנתונים שהוצגו בבקשה לקבלת ההכרה או לחידושה. במידה וחלו שינויים, יש לפרטם ולהסבירם. הבקשה לחידוש תוגש, לכל המאוחר שלושה חודשים טרם תום תקופת ההכרה.

4.1.4. המנהל רשאי לבטל הכרה בבנק או לקבוע תנאים נוספים על האמור בחוזר זה להפעלתו אם, לאחר שניתנה לבעלים או למנהל של הבנק הזדמנות סבירה להשמיע טענותיו בעניין, נוכח כי נתקיים אחד מאלה:

4.1.4.1. הופרה או לא קוימה בבנק הזרע הוראה מחוזר זה או מתקנות בריאות העם (בנק זרע), תשל"ט-1979;

4.1.4.2. נתגלו בו, לדעת המנהל, רשלנות או אי-יכולת מקצועית או ליקויים בהפעלתו או אם יש בהתנהלות בנק הזרע כדי לפגוע בטובת המטופלים, או אם בנק הזרע לא דיווח למשרד הבריאות על אירועים מיוחדים החייבים בדיווח.

4.2. <u>מנהל בנק הזרע</u>

מנהל הבנק אחראי לניהול הרפואי והמנהלי של הבנק ולמילוי ההוראות והכללים החלים עליו:

4.2.1. ניהול וארגון של כל הפעילות המקצועית והניהולית של הבנק ובכלל זה, חלוקת העבודה והרשאות לאנשי הצוות לפי העניין, תכנון ויישום של מערכת הבטחת איכות ובטיחות, הסדרת נהלי עבודה פנימיים והטמעתם ווידוא עמידה באמות מידה מקצועיות מקובלות.

4.2.2. וידוא תהליכי מוכנות המטופלות והמטופלים כמפורט בחוזר זה ושלמות הרשומה הרפואית.

4.2.3. נקיטת אמצעים לשמירת סודיות המידע הרפואי ושמירה על כלל זכויות המטופלים.

4.2.4. ביצוע בקרות בשיטת בקרת איכות מקובלת וכן דיווח על אירועים חריגים ליחידה לניהול סיכונים במוסד הרפואי ולמשרד הבריאות לפי העניין.

4.3. <u>מעבדת בנק זרע</u>

4.3.1. בכל בנק זרע תהיה מעבדת זרע כהגדרתה בתקנות בריאות העם (מעבדות רפואיות), תשל"ז-1977, והיא תפעל על פי המצוין בתקנות, ובכלל זה ביחס לתשתיות, ציוד, כוח אדם, הבטחת איכות, בטיחות ונהלי עבודה.

4.3.2. מעבדת בנק הזרע תנוהל על ידי מי שעונה על כל התנאים הבאים:

4.3.2.1. בעל היתר לניהול מעבדה רפואית ממחלקת המעבדות במשרד הבריאות;

4.3.2.2. בעל תעודת הכרה במעמד "עובד מעבדה רפואית בכיר בתחום הפוריות" מהאגף לרישוי מקצועות;

4.3.2.3. קיבל מינוי מהנהלת המוסד הרפואי לנהל את המעבדה;

4.3.3. מנהל מעבדת בנק הזרע יפעל בכפיפות למנהל בנק הזרע;

4.3.4. במשך כל שעות פעילות מעבדת הזרע יהיה נוכח בה לפחות עובד אחד בעל תעודת הכרה במעמד עובד מעבדה רפואית בכיר במקצוע פוריות.

4.4. <u>מבנה בנק הזרע יכיל לפחות:</u>

4.4.1. חדרים לבדיקת רופא (שניתן לבצע בו הזרעות); למתן זרע; להמתנה; מזכירות רפואית ושירותים.

4.4.2. מעבדה תקנית;

4.4.3. חדר לאחסון המכלים הקריוגנים הכולל:

- **מערכת להחלפת אויר;**
- **ניטור רמת החמצן בחדר;**
- **חיבור המכלים למערכת התרעה באופן רציף (24/7) שתתריע על תקלות אפשריות במכלים הקריוגנים כגון: שינוי בגובה החנקן הנוזלי, שינוי בטמפרטורה והפסקת חשמל.**
- **המיכלים ינוטרו באופן יומי ע"י רישום גובה החנקן בהתאם למופיע על הצג או שקילת המיכלים ואחת לשבוע ע"י מדידה בסרגל.**
- **מומלץ שימוש במכלים עם הזנה אוטומטית של חנקן נוזלי.**
- **בכל מעבדה יהיה מיכל קריוגני נפרד לאחסון דגימות זרע טרם קבלת תשובות הבדיקות שנעשו לשלילת מחלות זיהומיות.**
- **בכל מעבדה יהיה מיכל קריוגני נוסף לגיבוי בעת תקלה.**

5. <u>ניהול תרומות זרע</u>

5.1. <u>קליטת תורם זרע ישראלי</u>

תורם זרע ייקלט בבנק הזרע רק אם מתקיימים התנאים הבאים:

5.1.1. מלאו לו 18 שנים וטרם מלאו לו 38 שנים;

5.1.2. הוא אזרח ישראל או תושב קבע;

5.1.3. הוא אינו פסול דין, אדם שמונה לו אפוטרופוס, עצור או אסיר;

5.1.4. הוא הצהיר כי לא תרם זרע בבנק זרע אחר ולא נפסל מלתרום זרע;

5.1.5. במידה והתורם נשוי או ידוע בציבור יצהיר שיידע את אשתו או בת זוגו.

5.2. מנהל בנק הזרע או רופא מטעמו יסביר לתורם הזרע על ההליך והשלכותיו כמפורט בכתב ההסכמה בנספח ב', והתורם יחתום בפניו על כתב ההסכמה.

יש להסביר לתורם במפורט את הנושאים הבאים:

5.2.1. המידע שיעבור אודותיו לנתרמת (כמפורט 5.8 בסעיף).

5.2.2. לא יתקיימו בינו לבין הילד שייוולד כתוצאה מתרומת הזרע הזכויות והחובות של הורה לילד, ולא יהיו נתונות לו, ביחס ליילוד, הסמכויות הנתונות להורים ביחס לילדיהם.

5.2.3. לא ניתן יהיה למנוע אפשרות בעתיד לקשור גנטית בין התורם לבין הצאצאים שייוולדו מתרומת הזרע באמצעות בדיקות גנטיות מתקדמות, והמשמעות היא שייתכן שהאנונימיות שלו לא תישמר.

5.2.4. נתרמת יכולה לבקש לבצע בדיקות גנטיות שונות בדגימת DNA שהשאיר תורם הזרע כגון: סקר נשאות גנטית מורחב, בדיקות סקר גנטיות מתקדמות כגון: ריצוף האקסום או ריצוף הגנום. התורם ימלא בטופס ההסכמה (נספח ב') אם ברצונו לקבל את תוצאות הבדיקות שנעשו או שייתכן שיתבקשו ויעשו בעתיד, כולן או חלקן. יש לדון עם התורם ביתרונות ובחסרונות האפשריים שבקבלת מידע כזה ובמידת הצורך להפנותו לייעוץ גנטי.

5.3. תורם זרע רשאי לחזור בו מההסכמה שנתן לשימוש בזרעו בהתקיים כל התנאים הבאים:

5.3.1. לפני תחילת מחזור טיפול שיכלול שימוש בזרעו להזרעה או להפריה חוץ גופית;

5.3.2. כל עוד לא שמורות ביציות שהופרו מזרעו בטיפולים קודמים;

אין באמור בסעיף זה כדי למנוע ממנהל בנק זרע לדרוש מתורם זרע, שחזר בו מהסכמתו לתרומה, להשיב למוסד הרפואי את כספי הפיצוי ששולמו לו בגין התרומה, ככל ששולמו, ובלבד שתנאים לעניין זה נמסרו בכתב לתורם הזרע בטרם נטילת הזרע לתרומה.

5.4. תורם זרע יכול לציין בטופס ההסכמה, שאם בעתיד המצב המשפטי יאפשר תרומת זרע שאינה אנונימית, הוא מעוניין לשקול לאשר שתרומתו תהפוך לתרומת זרע שאינה אנונימית, בכפוף לכל דין ובהתאם למצב המשפטי שיחול באותה עת.

5.5. <u>מידע דמוגרפי, בדיקות רפואיות וגנטיות לתורם הזרע</u>

5.5.1. בטרם קבלת תרומת זרע יוודא מנהל בנק הזרע או מי מטעמו כי מתקיימים ביחס לתורם התנאים הבאים: נרשם המידע הדמוגרפי, כולל שמות הורים ביולוגיים וארץ מוצאם, מוצא הסבא והסבתא משני הצדדים ושם משפחתם, ארץ לידה ודת, ככל שניתן, תוך אימות הפרטים הרלוונטיים מתעודת הזהות.

5.5.2. נלקחה היסטוריה רפואית (אנמנזה), כולל מידע לגבי מחלות ומצבים רפואיים וגנטיים במשפחה, והיא אינה מונעת לקבלו כתורם מבחינה רפואית.

5.5.3. התקבל סיכום המידע הרפואי מקופת החולים, לרבות מידע על בדיקות ואבחנות פסיכיאטריות וגנטיות, והוא אינו מונע לקבלו כתורם.

5.5.4. התקבלו תוצאות בדיקת זרע (נפח, ריכוז, תנועתיות ומורפולוגיה) ונמצא כי איכותו מספקת לצורך תרומת זרע.

5.5.5. בוצעו ותועדו הבדיקות הבאות ותוצאותיהן מאפשרות את קבלתו כתורם:

5.5.5.1. בדיקה גופנית;

5.5.5.2. בדיקות מעבדה כמפורט להלן: סוג דם כולל RH, ספירת דם, ביוכימיה, HBsAg, ונוגדנים ל-HIV, HBsAg, HCV, עגבת (TPHA), ו-CMV (IgG ו-IgM);

- יש לחזור על בדיקות HIV, HBsAg ו- CMV, לכל המוקדם 3 חודשים לאחר הקפאת מנות הזרע, וטרם הקצאתן;
- במידה והוצג אישור על חיסון מלא כנגד HBV, אין צורך בבדיקת HBsAg ואם בדיקת IgG חיובית אין צורך בבדיקות נוספות.

5.5.5.3. בדיקות גנטיות כמפורט להלן:

□) בדיקות סקר גנטיות שנכללות בסל שירותי הבריאות עבור זוגות;

□) CMA - בדיקת שבב (צ׳יפ) גנטי ו/או אקסום.

5.5.5.4. הפקת ושמירת DNA לביצוע בדיקות נוספות בעתיד, שיתבצעו רק באישור רופא מומחה בגנטיקה רפואית, ובכלל זה, בדיקות נוספות בהתאם להנחיות קליניות עדכניות של האיגוד המקצועי או משרד הבריאות, ובדיקות נוספות לפי שיקול דעת רפואי.

5.6. <u>קבלת אישור לקליטת התורם ממאגר תורמי הזרע במשרד הבריאות</u>

5.6.1. מצא מנהל בנק הזרע כי תורם הזרע עומד בדרישות הסף לקבלתו כמפורט לעיל, יעביר את פרטי התורם למנהל/ת מאגר תורמי הזרע במשרד הבריאות (להלן: ״מאגר המידע״) בהתאם לכללי העברת מידע זה שנקבעו על ידי משרד הבריאות.

5.6.2. לאחר שמנהל מאגר המידע במשרד הבריאות אישר כי התורם לא תרם בבנק זרע אחר וכי הוא לא נפסלבעבר מלתרום זרע, ניתן יהיה לקלוט את תורם הזרע בבנק.

5.7. <u>הגבלת השימוש בתרומות זרע</u>

5.7.1. מנהל בנק הזרע יוודא כי זרע מתורם אחד לא יוקצה ליותר מ-12 נתרמות, ובנוסף לא יותר מ-5 נתרמות המשמרות פוריות באמצעות הקפאת ביציות המופרות בתרומת הזרע. לעניין זה בנות זוג שיש להן תיק משותף בבנק הזרע יספרו כאילו היו נתרמת אחת.

5.7.2. כל עוד לא התקבל מידע לגבי תוצאות השימוש בזרע או בכל הביציות שהופרו ממנו ונשמרו בהקפאה, יש לראות בכל הקצאת זרע כלידת ילד לאותה אישה.

5.7.3. ניתן להקצות זרע לאישה נוספת מעבר לאמור לעיל, אם נעשה שימוש בכל מנות הזרע שהוקצו לאישה, לא נותרו לאותה אישה ביציות מופרות וכל התהליכים הסתיימו ללא לידת ילד חי.

5.8. <u>הצגת מידע שאינו רפואי לנתרמת אודות תורם זרע</u>

בנק הזרע יציג לנתרמת מידע שאינו רפואי אודות תורם הזרע כפי שנאסף במועד התרומה, ולפחות כמפורט להלן, ובלבד שלא יהיה במידע שנמסר כדי לחשוף את זהות תורם הזרע:

5.8.1. גיל במועד התרומה;

5.8.2. מצב משפחתי במועד התרומה;

5.8.3. תיאור מראה חיצוני;

5.8.4. רקע אתני;

5.8.5. רמת השכלה ותחום לימוד;

5.8.6. מקצוע;

5.8.7. דת לפי הצהרת התורם, ומידע הלכתי נוסף אם נמסר (אם התורם כהן, או אם ידוע לו שהוא פסול קהל או יוחסין או אם סורב להינשא ברבנות).

5.9. <u>שמירת תרומות זרע בבנק הזרע</u>

5.9.1. בטרם ההקפאה תיבדק כל דגימה במעבדת בנק הזרע לכמות ותנועתיות תאי הזרע.

5.9.2. אם איכות הזרע אינה מספקת, אין להקפיאו.

5.9.3. בהתאם לאיכות דגימת הזרע, ניתן לחלק כל תרומה למנות.

5.10. <u>קידוד פרטי תורם ומנות זרע שלו</u>

5.10.1. לכל בנק זרע יקבע קוד זיהוי ע"י שתי אותיות לועזית (AA, AB וכו') על פי מפתח שיקבע משרד הבריאות ויהיה נגיש לכלל בנקי הזרע.

5.10.2. לכל תורם זרע יינתן במסמכי הבנק קוד מספרי (שאין בו כדי להביא לזיהוי התורם) שיישמר באופן עקבי בכל שמירה של מנת זרע של אותו תורם.

5.10.3. קוד התורם יהיה בנוי מאותיות זיהוי בנק הזרע ולאחריו מספר התורם.

5.10.4. על כל מבחנה או קשית של מנת זרע ירשם קוד התורם ותאריך ההקפאה.

5.11. <u>יבוא זרע מחו"ל</u>

5.11.1. <u>תהליך יבוא תרומות זרע</u>

5.11.1.1. רק בנק זרע מוכר בישראל רשאי לייבא זרע תורמים מחוץ לישראל.

5.11.1.2. ניתן לייבא זרע מבנק זרע מחוץ לישראל, לשם ביצוע הזרעה מלאכותית או הפריה חוץ גופית בישראל, רק מבנק זרע המאושר על ידי משרד הבריאות (במפורסם באתר המשרד https://www.gov.il/he/pages/sperm-banks-abroad**).**

5.11.1.3. מנהל בנק זרע המבקש לייבא מנות זרע מתורמים מבנק זרע מחוץ לישראל, שטרם אושר לייבא ממנו, יגיש בקשה למחלקה לפריון והולדה במשרד הבריאות, הכוללת את שם ומיקום הבנק ממנו מבקשים לייבא, ויצרף את האישורים הבאים ממנהל הבנק בחו"ל, באנגלית או בתרגום נוטריוני לאנגלית או עברית:

□) אישור הרשות המוסמכת באותה מדינה, כי על פי הדין החל בה אין מניעה להוציא חומר גנטי, לרבות של אזרחיה.

□) רישיון או אישור תקף, כי הבנק ממנו מבקשים לייבא פועל תחת אישור ופיקוח הרשות המוסמכת באותה מדינה, כולל ציון תוקף הרישיון.

□) מסמך המאשר כי תורמי הזרע מבצעים בדיקה שנתית השוללת הימצאות זיהומים (לפחות HIV, HCV, HBV, CMV ועגבת).

5.11.1.4. התחייבות של מנהל בנק הזרע מחוץ לישראל שלא לספק ליותר מ-12 משפחות ישראליות זרע מאותו תורם. מנהל הבנק יוכל לספק זרע לנתרמת נוספת אם נעשה שימוש בכל מנות הזרע שהוקצו לנתרמת מסויימת, כל התהליכים הסתיימו ללא לידת ילד חי ולא נותרו לאותה נתרמת ביציות מופרות.

5.11.1.5. מסמכים המפרטים שתורמי הזרע שזרעם מיובא לישראל:

□) מבצעים לפני מועד היבוא לישראל לפחות בדיקות סקר גנטיות שנכללות בסל שירותי הבריאות הממלכתי עבור זוגות, ובדיקת שבב (צ'יפ) גנטי או אקסום או שתיהן.

□) חותמים על כתב הסכמה לשימור דגימת דם בארץ או בחו"ל לצורך ביצוע בדיקה גנטית בעתיד.

□) נבדקו לסוג דם, כולל RH.

5.11.1.6. הארכת אישור היבוא מותנת בהצגת רישיון תקף. מנהל יחידה בארץ יגיש בקשה בצירוף הרישיון התקף לא יאוחר משלושה חודשים טרם פקיעת תוקף הרישיון או האישור.

5.11.1.7. משניתן אישור ייבוא מבנק זרע בחו"ל, יוכלו כל בנקי הזרע בארץ שיש להם רישיון, לייבא מאותו בנק.

5.11.2. <u>דיווח שנתי</u>

על כל בנק זרע בישראל שייבא זרע תורמים מחו"ל בשנה החולפת לשלוח למזכירות המחלקה לפריון והולדה, עד ליום 31.1 בשנה העוקבת, טבלה מסכמת ובה רשימת כלל מנות הזרע שיובאו מכל אחד מהבנקים לפי כותרות קובץ האקסל המצורף (קוד תורם, שלילת מחלות זיהומיות, תוצאות גנטיות, הסכמה לבדיקה גנטית בעתיד, מס' מנות, תאריך יבוא. ככל שלא יתקבל סיכום כנ"ל תשקל התליית רישיון היבוא.

5.11.3. <u>תהליך הייבוא</u>

משנתקבל אישור יבוא, יפנה מנהל היחידה למכס, יזין את אישור הבקשה ישירות למכס באמצעות תהליך "מסלו"ל" (מערכת סטטוס לרישיונות ואישורים) ויצרף הצהרה כי מילא את כל ההנחיות בסעיפים הרלוונטיים (נספח ג').

5.11.3.1. על מנהלי היחידות המייבאות לנקוט באמצעים סבירים כדי לוודא כי תנאי אחסון ושינוע הזרע עומדים באמות מידה מקצועיות עד קבלתם ביחידה. הסתייעות בגורם שלישי לצורך ביצוע הייבוא אינה גורעת מהוראות אלו.

5.11.3.2. זרע תורמים יתקבל רק בבנק הזרע שייבא אותו ופתיחת המיכלים תעשה רק שם.

5.11.4. <u>קליטת נתרמת בבנק הזרע והקצאת זרע מתורם</u>

טרם קליטת נתרמת בבנק הזרע על מנהל בנק הזרע או מי מטעמו:

5.11.4.1. לפתוח במערכת הממוחשבת תיק משותף לנתרמת ובן/בת זוגה אם ישנם, ולקבל פרטים מזהים אודותיהם, תוך אימות הפרטים מתוך תעודת הזהות.

5.11.4.2. לקבל את הסכמת הנתרמת ובן או בת הזוג, אם ישנם (נספחים ד'-1 וד'-2), לשימוש בזרע תורם, וכי בין היתר הם מסכימים ומצהירים כי הילדים שיוולדו כתוצאה מההזרעה או טיפול IVF ישאו את שמם ויחשבו כילדיהם לכל דבר ועניין, לרבות עניין מזונות וירושה. לצד זאת, למען הסר ספק, יש להמליץ לבני הזוג לשקול להכין צוואה.[1]

5.11.4.3. להמליץ למטופלים שאינם גבר ואישה הרשומים בתעודת הזהות כנשואים זה לזה, להתייעץ עם עו"ד בעניין עריכת הסכם הורות משותפת.

5.11.4.4. אם עולה ממסמכי הזיהוי כי אחד או יותר מבני הזוג נשוי/אים לאדם אחר, יש לפנות לייעוץ המשפטי של בית החולים או ללשכה המשפטית במשרד הבריאות.

5.11.4.5. לוודא כי הנתרמת ביצעה בדיקות מעבדה למחלות זיהומיות: HBsAg, ונוגדנים ל-HIV, HBsAg, HCV, עגבת(TPHA) , ו-CMV (IgG ו-IgM); במידה והוצג אישור על חיסון מלא כנגד HBV, אין צורך בבדיקת HBsAg ואם ואם בדיקת IgG חיובית אין צורך בבדיקות נוספות.

5.11.4.6. לוודא כי הנתרמת ביצעה לפחות את בדיקות הסקר הגנטיות הכלולות בסל ביטוח הבריאות הממלכתי והתשובות הונחו לפני מנהל בנק הזרע או מי מטעמו.

5.11.4.7. ליידע את הנתרמת כי היא יכולה לבצע בדיקות גנטיות נוספות לעצמה או לדגימה שהפקיד התורם, כגון: סקר נשאות גנטית מורחב, בדיקות סקר גנטיות מתקדמות כמו: ריצוף האקסום או ריצוף הגנום.

5.11.4.8. ליידע את הנתרמת כי תורם זרע רשאי לחזור בו מההסכמה שנתן כמפורט בסעיף 5.3.

5.11.4.9. ליידע את הנתרמת ובן/בת זוגה, אם ישנם, כי אם בעתיד המצב המשפטי יאפשר תרומת זרע שאינה אנונימית, ישנם תורמים שמעוניינים לשקול להפוך לתורמים לא-אנונימיים, בכפוף לכל דין ובהתאם למצב המשפטי שיחול באותה עת. הנתרמת ובן/בת זוגה רשאים לאשר או לדחות בטופס ההסכמה את האפשרות שהתרומה תהפוך לתרומת זרע שאינה אנונימית.

5.11.4.10. להביא לידיעתם כי ניתן להיוועץ בסמכות דתית בשאלות הנוגעות לדין הדתי לעניין מעמד היילוד וכשרות הילוד לנישואין.

5.11.4.11. להביא לידיעתם כי מנהל בנק הזרע, ייתן בעתיד מענה פרטני לפניית מי מצאצאיהם שנולד מתרומת הזרע, המבקש לברר אם הוא ובן/בת זוגו הינם קרובי משפחה, וכן לשאילתא המופנית מרושמי הנישואין ("רושמי נישואין" - על פי חוק הרבנות הראשית התש"ם - 1980) הינם קרובי משפחה מדרגה ראשונה.

[1] זאת בעקבות פסק דין שניתן בבית משפט לענייני משפחה (ת"ע 19419-02-23), ומבלי להביע עמדה לגביו או לגבי מעמדו.

5.11.5. אם מתעוררת שאלה לגבי התאמת המטופלים לטיפול מבחינת מצבם הבריאותי, השכלי, הנפשי וכדומה, מומלץ כי הצוות הרפואי יתייעץ עם מומחים מתחומים שונים, ובכלל זה עם פסיכולוגים או עם עובדים סוציאליים.

5.11.6. <u>התאמה בין נתרמת לתורם זרע</u>

טרם הקצאת תרומת זרע לנתרמת, על מנהל בנק הזרע או רופא מטעמו:

5.11.6.1. לוודא שלא יוקצה לנתרמת זרע של תורם שיש בינו לבין הנתרמת קרבת משפחה, או שהנתרמת ציינה את מספר תעודת הזהות שלו ברשימת קרובי המשפחה הנוספים, או שהתורם ציין את הנתרמת ברשימת קרובי המשפחה שלו, בהתאם למידע שמסרו התורם והנתרמת.

5.11.6.2. במידה ובדיקת נוגדנים ל-CMV שלילית, להתאים תורם שגם הוא שלילי.

5.11.6.3. לוודא שישנה התאמה גנטית בין תורם הזרע לנתרמת בהתאם לכלל תוצאות הבדיקות הגנטיות שבוצעו; במידה והתגלתה נשאות למחלה גנטית אצל הנתרמת או התורם יש ליידע את הנתרמת ולוודא כי יבוצעו הבדיקות המשלימות הנדרשות;

5.11.6.4. להסביר את משמעות תוצאות הבדיקות הגנטיות או להפנות ליעוץ גנטי במקרים של ממצאים שעשויים להשפיע על הילדים שייולדו לנתרמת משימוש בתרומת הזרע שנבחרה על ידה.

5.11.6.5. במקרה של בנות זוג, אין מניעה להשתמש במנות זרע מאותו תורם, והתאמה בין כל נתרמת לתורם הזרע תבוצע לכל אחת מהנתרמות בנפרד.

5.11.7. <u>ניהול רשומות של תרומות זרע</u>

מנהל בנק הזרע ינהל רשומות רפואיות ממוחשבות אודות התורמים מישראל ומחו"ל והנתרמות/ים, בהתאם לדינים הרלוונטיים לניהול רשומות רפואיות והן יהיו מאובטחות ונפרדות, הכל כמפורט להלן: הרשומות ישמרו בהתאם לכל דין ונוהל אבטחת מידע (סיווג מידע א-8 https://www.health.gov.il/services/tenders/doclib/com372021-8a.pdf) כפי שמתעדכן מעת לעת.

5.11.7.1. שמירת המידע תגובה בשרת עצמאי אשר יישמר במקום מוגן, ויחולו עליו כל כללי ניהול הרשומות המפורטים בחוזר זה.

5.11.7.2. ככול שקיימות בבנק הזרע רשומות הקשורות לפרטי תורמי הזרע, הנתרמות והנולדים מתרומות הזרע, שאינן ממוחשבות, שנוצרו טרם כניסת חוזר זה לתוקף, יש לשמרן בכספת תקנית חסינת אש.

5.11.8. <u>תכולת הרשומות הרפואיות בבנק הזרע</u>

5.11.8.1. <u>רשומת תורם</u>

□) רשומת תורם ישראלי תכלול פרטים אישיים, קוד תורם, כל המידע כמפורט בסעיפים 5.5. ו-5.8. וטופסי הסכמת התורם חתומים. כמו כן תהיה רשומה של כל מנות הזרע שנשמרו, שכוללת את תאריך הקפאת הזרע, תוצאות בדיקות הזרע של הדגימה ומספר המנות שהוקפאו. יש לתעד כל הקצאה וכל מסירה לנתרמת כולל קוד התורם ותאריך הקפאת המנה, וכן את תוצאות השימוש בכל מנה, ככל שנודעו.

□) רשומת תורם מחו"ל תכלול קוד התורם, הבנק ממנו ייובא הזרע ותאריכי היבוא, תוצאות הבדיקות השונות כמפורט בדרישות חוזר זה, כל מידע בנוגע לתורם שהתקבל מבנק הזרע בחו"ל ופרטי הנתרמת/ות שעבורה/ן יובאו מנות הזרע. יש לתעד כל מסירה של מנת זרע לנתרמת כולל תאריך המסירה, קוד הדגימה שהוקצתה, ככל שקיימת, וכן את תוצאות השימוש בכל מנה.

□) יש לתעד כל העברת מנת זרע או ביציות מופרות בזרע התורם לבנק זרע אחר או ליחידת IVF.

□) רשומות כל התורמים, יכללו את תוצאות הטיפולים: הריונות, כולל הריונות שלא הסתיימו בלידה, לידות ככל שידוע, כולל לידות של תינוקות עם בעיה רפואית או גנטית או ממצאים חריגים בצאצאים.

5.11.8.2. <u>רשומת אישה נתרמת</u>

□) רשומת נתרמת תכלול פרטים אישיים, כל המידע כמפורט בסעיף 5.11.4. מסמכים חתומים וקוד התורם שנבחר.

□) יש לרשום את תאריכי השימוש במנות הזרע ואופן השימוש (הזרעה או IVF) וכן את תוצאות השימוש בכל מנה (האם הושג הריון ותוצאותיו).

5.11.9. <u>חובת דיווח ויידוע על פגם גנטי או מחלה</u>

5.11.9.1. אם רופא או יועץ גנטי אבחן פגם גנטי או פגם שעשוי להיות גנטי, אצל תורם זרע, ישראלי או מחו"ל, או בצאצאיו, לרבות במהלך הריון שנוצר מהתרומה, ידווח על כך באופן מידי למנהל בנק הזרע בישראל ממנו התקבלה התרומה וכן למחלקה לפריון והולדה במשרד הבריאות.

5.11.9.2. מנהל בנק הזרע שקיבל מידע בנוגע לפגם גנטי אצל תורם זרע או בצאצאיו, לפני או בזמן הריון, או לאחר לידה, יפעל כך:

□) ידווח על כך באופן מידי למנהל מאגר המידע במשרד הבריאות;

- יידע את כלל המטופלות והמטופלים שהמידע רלוונטי עבורם, בהתאם להחלטת היועץ הגנטי של בנק הזרע, וכן את בנקי הזרע, יחידות IVF או מרפאות שזרע מהתורם או ביציות מופרות בזרע התורם הועברו אליהן על פי הרישומים בבנק והמידע שמסרו המטופלות, ויברר את תוצאות השימוש במנות הזרע של התורם.
- אם התרומה התקבלה מבנק בחו"ל יש ליידע גם את מנהל הבנק ממנו התקבלה התרומה.
- יש ליידע את התורם בשינוי גנטי בעל משמעות, במידה ובטופס ההסכמה סימן שהוא מסכים שיידעו אותו על שינויים גנטיים כאלה.

6. <u>הפקדת זרע לשימוש עצמי</u>

6.1. <u>תהליך קבלת זרע להפקדה</u>

הפקדת זרע לשימוש עצמי יכולה להתבצע בבנק זרע או ביחידה להפריה חוץ גופית, ובהתאם למפורט להלן:

6.1.1. המבקש להפקיד זרע יחתום על טופס "בקשה והסכמת מפקיד זרע" כמפורט בנספח ה' שכולל פרטים אישיים, פרטי התקשרות הכוללים כתובת מדויקת, מס' טלפון, דואר אלקטרוני וכד', התחייבות לעדכן את בנק הזרע בכל שינוי באמצעי ההתקשרות אתו והנחיות בדבר משך שמירת הזרע. מפקיד הזרע יבחר את תקופת השמירה בכפוף להסדרת תשלום מראש. בסוף תקופת השמירה שנקבעה הוא יוכל לבקש להאריך את תקופת השמירה, בכפוף להסדרת תשלום.

6.1.2. מפקיד הזרע יכול להביע בכתב את רצונו באשר למה שייעשה בזרע לאחר פטירתו ולפרט את הפרטים האישיים ופרטי יצירת הקשר של בת הזוג, הורה או שניהם לפי העניין:

6.1.2.1. הפשרת הזרע כך שלא יוכל לשמש להולדה;

6.1.2.2. שימוש בזרע להולדה לאחר מותו לבקשת בת זוגו;

6.1.2.3. שימוש בזרע להולדה ע"י אשה שתבחר ע"י אחד מהוריו (או שניהם) ורישומה כאם היילוד, בהתאם למצב המשפטי שיחול באותה עת;

6.1.2.4. תרומה למחקר בהתאם לכל דין.

6.2. בעת קבלת זרע להפקדה, יוודא מנהל בנק הזרע או רופא מטעמו כי בוצע כל המפורט להלן:

6.2.1. נלקחה אנמנזה רפואית לרבות מידע על מחלות במשפחה ומחלות גנטיות;

6.2.2. בוצעה בדיקת זרע לכמות תאי זרע ותנועתיות;

6.2.3. נערכו בדיקות למחלות זיהומיות:HBsAg ונוגדנים ל-HIV, HBsAg, HCV, עגבת (TPHA), ו-CMV (IgG ו-IgM).

6.2.4. נערכו בדיקות נוספות בהתאם להנחיות קליניות עדכניות של האיגוד המקצועי או משרד הבריאות, ולפי שיקול דעת רפואי של מנהל בנק הזרע.

6.2.5. במידה והמטופל אישר כי ייעשה שימוש בזרעו לאחר מותו לשם הולדה, תופקד דגימת DNA לשימוש עתידי.

6.3. יש ליידע את המבקש להפקיד זרע בתוצאות הבדיקות ומספר מנות הזרע שהוקפאו. במקרה שאיכות הזרע אינה מתאימה להקפאה (לא נמצא זרע בעל חיות), אין להקפיאו.

6.4. יבוא זרע של מטופל יתקבל בבנק זרע או ביחידת IVF שביקשה ליבאו.

6.5. בתום תקופת שמירת הזרע, בהתאם להוראות שניתנו מראש על ידי המפקיד, או בהיעדר הוראה מצידו באשר לגורל הזרע הקפוא, תבוצע שיחת טלפון עם המפקיד, לצורך אימות אמצעי הקשר שנמסרו. לאחר אימות זה, תישלח אליו פניה בכתב או באמצעים דיגיטליים מאובטחים אחרים, בהתאם לנוהלי השמירה על פרטיות ואבטחת מידע. במידה והמפקיד לא אותר בשיחת הטלפון, תישלח פניה לפחות בשניים מתוך שלושת אמצעי הקשר שניתנו על ידו, בהודעה בכתב יצוין שביחידה או בבנק הזרע שמורות מנות זרע מעבר לתקופה לגביה ניתנו הוראות ממנו, ושלא הוסדר תשלום להמשך השמירה.

6.5.1. בפנייה אל המפקיד יצוין, כי באפשרותו לעדכן את הבנק או היחידה בבחירתו באחת מהחלופות הבאות - בתוך חודשיים:

6.5.1.1. הפשרה שמשמעה חוסר יכולת להשתמש בזרע למטרות הולדה;

6.5.1.2. הקפאה לתקופה נוספת בכפוף להסדרת תשלום;

6.5.1.3. תרומה למחקר שאושר כדין.

6.5.2. יש לציין בפניה זו ובפניות הבאות כי אם לא יתקבלו הוראות כמבוקש, מנות הזרע יופשרו ולא יהיה ניתן להשתמש בהן למטרות הולדה.

6.5.3. אם לא התקבלה תשובה לפניה כאמור תוך חודשיים, יעשה שוב ניסיון ליצור קשר עם המפקיד, דרך כל אמצעי הקשר שצויינו ברשומה הרפואית (כולל אלו שכבר נוסו), לרבות שיחת טלפון.

6.5.4. משחלף חודש מהניסיון האחרון שנעשה כאמור, ולא התקבלה מהמפקיד הוראה אחרת, יש לתת התראה נוספת למפקיד דרך אמצעי התקשורת העדכני ביותר שניתן על ידו, שבמידה ולא תתקבל הנחיה אחרת, מנות הזרע יופשרו. במידה ולא התקבלה תשובה תוך שבוע, על מנהל בנק הזרע או מנהל היחידה להנחות בכתב את מנהל המעבדה להפשיר את כל מנות הזרע של המפקיד לגביהן לא התקבלה הוראה עדכנית.

6.5.5. יש לתעד ברשומה הרפואית את כל הנסיונות שנעשו ליצירת הקשר עם המפקיד, כולל מועדן, דרך יצירת הקשר והמענה שהתקבל וכי הובהר כי ללא קבלת הוראות, מנות הזרע יופשרו.

6.5.6. במידה ולא הוצע למפקיד בעבר להביע את רצונו מה ייעשה בזרעו המוקפא אם ילך לבית עולמו, יש לפרט בפניו את האפשרויות העומדות לרשותו טרם הפשרת הזרע (כאמור בסעיף 6.1.2. לעיל).

6.6. <u>יבוא זרע לשימוש עצמי</u>

מנהל היחידה אליה מבקשים לייבא את הזרע של המטופל, יפנה ישירות למכס, ויזין באמצעות תהליך "מסלו"ל" הצהרה על הפרטים הבאים (נספח ו'):

6.6.1. הפקדת הזרע ושמירתו נעשו במוסד רפואי המורשה לכך לפי דיני מדינת החוץ ממנה מיבאים;

6.6.2. הזרע הופקד ע"י הגבר עבורו מבוקש היבוא;

6.6.3. מפקיד הזרע עבר בדיקה להימצאות זיהומים (HBV, HCV, HIV ועגבת). במידה ומפקיד הזרע נשא HIV, HCV או HBV, הטיפול ייעשה ביחידה ייעודית לטיפול בנשאי נגיפים כמפורט בחוזר חטיבת הרפואה בנושא "אמות מידה ליחידות להפרייה חוץ גופית".

6.7. <u>מפקיד שנפטר</u>

6.7.1. נודע ליחידה או לבנק הזרע כי מפקיד זרע נפטר, יש ליצור קשר על פי ההוראות שנתן ופרטי הקשר שציין, ולפעול על פיהן בכפוף לכל דין ולמצב המשפטי שיחול באותה עת.

6.7.2. במידה ומתבקש להשתמש בזרע של נפטר שהופקד, יש לפעול על פי הנחיות היועץ המשפטי לממשלה 1.2202, הנוגעות לשימוש בזרע נפטר ולפנות לקבלת אישור מבית המשפט, בהתאם למצב המשפטי שיחול באותה עת ובכפוף לכל דין.

6.7.3. אם חלפו חמש שנים מהפטירה, לא התקבלה בקשה להשתמש בו, ולא מתקיים הליך משפטי לגבי השימוש, ולאחר ביצוע הפעולות שפורטו לעיל בשיתוף בת זוגו והוריו - יופשר הזרע כך שלא יהיה ניתן להשתמש בו להולדה.

6.8. <u>הליך ההפשרה</u>:

בעת הוצאת המבחנות או הקשיות המכילות את מנות הזרע ממכלי האחסון נדרשת הקפדה יתרה על התהליך כולו. הליך ההפשרה ייעשה על ידי שני אמבריולוגים ויתועד במסמכי בנק הזרע או היחידה;

6.9. <u>שמירת זרע של קטין</u>

6.9.1. נלקח זרע מקטין לצורך שמירתו, יתועדו פרטיו האישיים ופרטי ההתקשרות עם הוריו או אפוטרופוסו כמפורט בסעיף 6.1.1. לעיל ובמידת האפשר גם את פרטי התקשרות עם הקטין (מספר טלפון, דואר אלקטרוני וכד').

6.9.2. ההורים או האפוטרופוס יחתמו על טופס "בקשה והסכמה לשמירת זרע קטין או חסוי" (נספח ז')

6.9.3. מי שהפקיד זרע מטעמים רפואיים בטרם מלאו לו 18 שנים, רשאי, לאחר שמלאו לו 18 שנים למסור לבנק הזרע או ליחידה בה שמור זרעו הנחיות לפי סעיף 6.1. לעיל.

6.9.4. הפשרת זרע קטין שבגר ושלא הגיש בקשה כאמור, תתבצע בהתאם לסעיף 6.5. לעיל. במידה ולא נוצר קשר עם הקטין שבגר ובוצע ניסיון לאימות טלפוני, תישלח התראה גם לכתובת ההורה או האפוטרופוס החתומים על טופס הפקדת הזרע.

6.10. <u>נטילת זרע מנפטר ומאדם הנוטה למות</u>

נטילת זרע מנפטר תיעשה בהתאם להנחיות היועץ המשפטי לממשלה 1.2202 בנושא "נטילת זרע לאחר המוות ושימוש בו", בכפוף לכל דין, בהתאם למצב המשפטי שיחול באותה עת ובהתאם להנחיות חוזר זה.

6.10.1. ניתן ליטול זרע מנפטר או מאדם חסר הכרה הנוטה למות או חסר יכולת להביע את רצונו, לבקשת בת זוגו, לשם הבאת ילד לעולם. במידה וידועה על התנגדות של הנפטר לנטילה, אין לבצעה.

6.10.2. במידה ועולה ספק בדבר מעמדה של המבקשת כבת זוג או אם קיימת התנגדות של בן משפחה אחר בהתאם לסעיף 6א לחוק האנטומיה והפתולוגיה, נטילת הזרע תתבצע רק באישור בית המשפט.

6.10.3. בקשה לנטילת זרע, שלא על ידי בת זוג, תעשה רק אם ניתן על כך צו בית משפט.

6.10.4. נטילת זרע כאמור בפרק זה תתאפשר לאחר שהתקיימו כל אלה:

- **במידת האפשר ובמגבלות הזמן, ניתן למבקשים הסבר מפורט על אופן נטילת הזרע, על סיכויי ההצלחה ועל הפעולה הרפואית המתחייבת לצורך הנטילה והשימוש בו, מרופא מיחידת ההפריה החוץ גופית של בית החולים שמבצע את ההליך.**
- **במידת האפשר תתקיים גם פגישה אישית עם פסיכולוג או עובד סוציאלי של בית החולים לשם מתן הסבר על הקשיים הרגשיים והנפשיים של תהליך זה.**
- **הובהר למבקשים כי השימוש בזרע יהיה אפשרי רק באישור בית משפט, בהתאם למצב המשפטי שיחול באותה עת ובכפוף לכל דין. במידה והמבקשים הם הורי הנפטר, הובהר להם כי בית המשפט יבחן את רצונו המשוער של הנפטר להביא צאצאים לעולם מזרעו לאחר מותו.**
- **לאחר קבלת ההסבר וההבהרות, המבקשים חתמו על טופס בקשה והסכמה (נספח ח'). בטופס יתועדו פרטיהם האישיים של המבקשים ופרטי התקשרות עימם הכוללים כתובת מדויקת, מס' טלפון, ודואר אלקטרוני.**
- **נטילת הזרע תתבצע בסמוך ככל האפשר למועד הפטירה, ולא יותר מ-72 שעות לאחר מכן.**

6.10.5. שמירת זרע שניטל מנפטר או אדם הנוטה למות תתבצע כמפורט להלן:

6.10.5.1. ישמר רק זרע בעל חיות;

6.10.5.2. יעשה מאמץ לקחת דגימת דם לבדיקת סוג דם כולל RH, HBsAg, ונוגדנים ל-HIV, HBsAg, HCV, עגבת (TPHA), ו-CMV (IgG ו-IgM) ולהפקת DNA.

6.10.5.3. המבקשים יעודכנו בתוצאות ההליך.

6.10.6. ניתן להשתמש בזרע להולדה רק באישור בית המשפט.

6.10.7. יש להפשיר את הזרע כך שלא יהיה ניתן להשתמש בו להולדה, בתנאים הבאים:

6.10.7.1. אם הוגשה בקשה להפשרת הזרע בחתימת כל מי ששמו מצוין בטופס הבקשה לנטילה. במידה ויש התנגדות של בת זוג או הורים, ניתן להפשיר את הזרע רק על פי צו בית משפט.

6.10.7.2. יש להיענות לבקשת בני משפחה המעוניינים להביא את הזרע שהופשר לקבורה.

6.10.8. לאחר חמש שנים מהמוות, במידה ולא התקבלה בקשה לשימוש בזרע, ניתן להפשירו, לאחר ביצוע הפעולות המפורטות בסעיף 6.5. בשיתוף כל מי שביקשו את שמירת הזרע.

7. <u>שימוש במנות זרע שנשמרו בבנק</u>

7.1. הזרעה מלאכותית או הפריה חוץ גופית בזרע מבנק זרע ייעשו רק על ידי רופא בעל תואר מומחה בילוד וגינקולוגיה או מתמחה לקראת תואר זה שקיבל הרשאה ממנהל היחידה או המרפאה (להלן: הרופא המטפל).

7.2. הוצאת מנות זרע מבנק הזרע תתבצע בכפוף להצגת טופס בקשה להוצאת הזרע לשם טיפול במטופלת עבורה שמור הזרע, חתום על-ידי הרופא המטפל (נספח ט').

7.3. הוצאת זרע של תורם מבנק הזרע יכולה להתבצע לצורך שימוש בו: למחלקות או מרפאות בבית חולים בו מתנהל בנק זרע מוכר, למחלקות ומרפאות ציבוריות בהן ניתן טיפול באי-פוריות, או ליחידות מוכרות להפריה חוץ גופית (IVF).

7.4. בעת הוצאת זרע של תורם מבנק זרע, יש לשמור על קוד תורם הזרע וסימון הזרע כמפורט בהנחיות חוזר זה.

7.5. על הרופא הקולט את תרומת הזרע לדווח לבנק הזרע ממנו קיבל את מנות הזרע, האם הושג הריון, וככל שידוע לו, האם הייתה הפלה, לידה, ממצאים לא תקינים בהריון או אירועים חריגים, תוך שימוש בקוד התורם.

7.6. הרופא המטפל יוכל לבצע הזרעה מלאכותית או הפריה חוץ גופית בזרע שהתקבל מבנק זרע בהתאם לשיקול רפואי, ורק לאחר שביצע את האמור להלן:

7.6.1. וידא כי לאחר ההפשרה נבדקה מנת הזרע במעבדת זרע לכמות תאי הזרע ותנועתיות והזרע מתאים לשימוש.

7.6.2. וידא כי על מבחנת הזרע מצוין שם האישה ובן או בת זוגה אם קיימים ובמידה שנעשה שימוש בזרע תורם גם קוד תורם;

7.6.3. קיבל את הסכמת הנתרמת ובן או בת זוגה אם ישנם נספח ד-1 ונספח ד-2) בכתב לשימוש בזרע תורם ובכלל זה כי הילדים שיוולדו כתוצאה מההזרעה או טיפול IVF ישאו את שמם ויחשבו כילדיהם לכל דבר ועניין, לרבות עניין מזונות וירושה. לצד זאת, למען הסר ספק, יש להמליץ לבני הזוג לשקול להכין צוואה.[2]

[2] זאת בעקבות פסק דין שניתן בבית משפט לענייני משפחה (ת"ע 19419-02-23), ומבלי להביע עמדה לגביו או לגבי מעמדו.

7.7. טיפול במנות זרע:

7.7.1. הכנת הזרע - הטיפול במנות הזרע יבוצע בהתאם לנוהל מעבדת בנק זרע, קווים מנחים למעבדות אנדרולוגיות (מעבדות זרע) 2015, מספר נוהל CL18- 110(4)
https://www.gov.il/BlobFolder/policy/mhb-cl18-110-4/he/files_circulars_mhb_MHB_CL18-110_4.pdf

7.7.2. אין לערבב זרע של כמה גברים לצורך ביצוע הזרעה או לצורך הפריה חוץ גופית.

7.7.3. אין להעביר לרחם ביציות מופרות שנוצרו מזרע של יותר מגבר אחד, באותו מחזור טיפול.

7.7.4. זיהוי חד-חד ערכי של מנת זרע ומטופלת - בעת קבלת מנת זרע, הקפאתה, הפשרתה, העברה של זרע מכלי לכלי וטרם שימוש במנת הזרע, יש לבצע בקרה על ידי איש צוות רפואי נוסף לוידוא שיוכה לתורם, ולתעד ברשומות בחתימתם של שני אנשי הצוות את הפעולה. מנהל בנק הזרע יתן הרשאות לאנשי צוות שמוסמכים לבצע את בקרת הזיהוי.

7.8. הוצאת זרע לשם ביצוע הליכי פריון מחוץ לישראל:

7.8.1. ניתן להוציא מישראל זרע שניטל מתורם זרע בישראל רק על ידי נתרמת זרע תושבת ישראל לשם מימוש הורותה הגנטית או הביולוגית.

7.8.2. ניתן להוציא מישראל זרע שהופקד לשימוש עצמי רק על ידי מפקיד הזרע לשם מימוש הורותו הגנטית או הביולוגית.

7.8.3. יש ליידע את המעוניינים להוציא זרע למדינות שהיחידה לתיאום המאבק בסחר בבני אדם פרסמה התראה על חשש לסחר בבני אדם שמתבצע בה באתר
https://www.gov.il/he/departments/office_of_the_anti_trafficking_coordinator/govil-landing-page
על התראה זו, כי לא יוכלו לייבא ארצה ביציות מופרות שנוצרו מביצית של תורמת במדינות אלה וכי במידה וירצו להיעזר בפונדקאית לא ישראלית עלול להיות קושי בקבלת צו הורות.

7.8.4. יש להמציא למנהל בנק הזרע את המסמכים הבאים:

7.8.4.1. הצהרה עליה יחתמו המבקש/ת או בני הזוג המבקשים כי הטיפול אותו הם מבקשים לבצע מחוץ לישראל, הוא טיפול פריון עבורם.

7.8.4.2. טופס בקשה לקבלת הזרע, עליו יחתמו המבקשי על ידיעתם והבנתם כי האחריות לחומר הגנטי שיימסר לידם תחול עליהם בלבד ולא על הבנק, על בית החולים, על הצוות הרפואי או על משרד הבריאות.

7.8.4.3. מזכירות בנק הזרע תמסור למבקשים מסמך המאשר את מתן הזרע השייך להם ואת תאריך המסירה ובהתאם לצורך מיכל ייעודי להעברת זרע המתאים למשלוח במטוס.

7.8.5. מסמכים הנדרשים בשדה התעופה:

7.8.5.1. יש להציג את המסמכים המוזכרים לעיל במידה ויידרשו;

7.8.5.2. יש להכין מראש אישורי מכס עבור הארץ המיועדת אליה מובא החומר הגנטי;

7.8.5.3. בשדה התעופה בארץ אין צורך באישור יצוא או רשיון ליצוא מיוחד.

7.8.6. ניתן להסתייע בגורם שלישי לצורך ביצוע הוצאת הזרע ושינועו ואין בכך לגרוע מההוראות במפורטות בחוזר זה.

8. <u>בטיחות, סודיות, אבטחת מידע ובקרה</u>:

8.1. <u>איסור גילוי זהות</u>

זהותו של תורם זרע, זהותה של האישה הנתרמת וזהות הצאצא אסורים בגילוי.

8.2. <u>אבטחת מידע בבנק הזרע</u>

כל מידע אשר יימסר לבנקי הזרע עפ"י נוהל זה, וכל פעולה שתבוצע בבנק הזרע יישמרו בסודיות ובהתאם לכל דין, לרבות חוק זכויות החולה תשנ"ו-1996, חוק הגנת הפרטיות התשמ"א1981 ונוהל אבטחת מידע (סיווג מידע א-8 https://www.health.gov.il/services/tenders/doclib/com372021-8a.pdf).

8.3. <u>שמירת מידע בבנק הזרע</u>

8.3.1. הגישה לרישומים בבנק ולמסמכי התורמים תהיה למנהל בנק הזרע בלבד, למי שמונה על ידו לעניין קיום הנחיות אלו או לגורם אחר המוסמך לקבל את המידע לפי דין.

8.3.2. עובדי בנק הזרע יחתמו על טופס התחייבות לשמירת סודיות לגבי כל המידע הקיים בבנק הזרע.

8.4. כל הרשומות שנמצאות בבנק הזרע יישמרו לפחות 60 שנים מקליטת מנות הזרע. במידה ובנק זרע נסגר כל הרשומה הרפואית תועבר לשמירה במוסד רפואי אחר או בארכיב שיאושרו ע"י משרד הבריאות.

8.5. <u>מענה לשאילתא על פי צו שיפוטי</u>

8.5.1. מנהלי בנקי הזרע, ייתנו מענה פרטני לשאילתא המופנית על פי צו שיפוטי האם בני הזוג הינם קרובי משפחה מדרגה ראשונה או לבקשת בני זוג שלפחות אחד מהם נולד מתרומת זרע המעוניינים לברר אם הם קרובי משפחה ואת דת התורם.

8.5.2. במידה והתקבלה שאילתא יבוצע כמפורט להלן:

8.5.2.1. אם ידוע מאילו בנקי זרע התקבלו תרומות הזרע, יערך בירור עם מנהל בנק הזרע לגבי התורם ויימסר מידע לגבי קרבת משפחה בין בני הזוג. הבירור יבוצע בין מנהלי בנקי הזרע, תוך שמירה על אנונימיות התורם.

8.5.2.2. במקרים בהם לא ידוע בנק הזרע ממנו נלקחה תרומת הזרע או שלא ניתן לברר את קרבת המשפחה על פי המידע הקיים בבנקי הזרע, יודיעו על כך לבני הזוג ולמגיש השאילתא או לבית המשפט שנתן את הצו.

8.6. מנהל בנק זרע רשאי לפנות לתורם או לצאצא במקרים רפואיים של הצלת חיים, ובלבד שקיבל בקשה מנומקת בכתב מרופא מומחה בתחום הרלוונטי, והוא סבור שאכן יש בכך הכרח. זהות התורם והצאצא ישמרו חסויים.

מוסד רפואי רשאי לנסח טופסי הוראות והסכמה מדעת העונים על הנחיות חוזר זה, ובלבד שהם כוללים את תוכן הטפסים שבנספחים לחוזר זה.

בכבוד רב,

משה בר סימן-טוב
המנהל הכללי

העתק: ח"כ אוריאל בוסו, שר הבריאות

411016525

טיוטה

אתר האינטרנט בו מפורסים חוזרי חטיבת הרפואה וחוזרי מנכ"ל

תקנות וחוזרים מרכזיים (רשימה חלקית) אשר שימשו בסיס להנחיות חוזר זה:

חוק הסכמים לנשיאת עוברים (אישור הסכם ומעמד היילוד), תשנ"ו-1996

חוק תרומת ביציות, תש"ע-2010

חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996 ותקנות לפיו

תקנות בריאות העם (רישום מרפאות), תשמ"ז 1987

תקנות בריאות העם (רישום בתי חולים), תשכ"ו-1966

תקנות בריאות העם (בנק זרע), התשל"ט-1979

תקנות בריאות העם (הפריה חוץ-גופית), התשמ"ז 1987

תקנות בריאות העם (מעבדות רפואיות), התשל"ז, 1977

תקנות בריאות העם (הודעה על פטירות ואירועים מיוחדים), תש"ם-1980

חוזר המנהל הכללי מס' 9/2019 בנושא: "אמות מידה לניהול רשומת מטופל במערכת הבריאות"

חוזר חטיבת הרפואה 2/2021 בנושא: "חובת הודעה של מוסד רפואי על אירועים מיוחדים"

חוזר חטיבת הרפואה 11/2024 בנושא: "אמות מידה ליחידות להפרייה חוץ גופית (הח"ג, IVF)"

הנחיות היועץ המשפטי לממשלה 1.2202 בנושא: "נטילת זרע לאחר המוות ושימוש בו"

מכתב ראש אגף מדיניות טכנולוגיות רפואיות בנושא: "הקמת מאגר ארצי לרישום תורמי זרע במשרד הבריאות" מיום 13.4.21. סימוכין 383572521.

תקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), תשל"ג-1973

האגף לרישוי מוסדות ומכשירים רפואיים "מתווה כללי להקמת בנק זרע פרטי ועצמאי בישראל":

https://www.gov.il/BlobFolder/guide/med-inst-sperm_bank/he/subjects_medical_institutions_licensing_guidelines-for-founding-sperm-bank.pdf

בנקי זרע בחו"ל המאושרים לצורך ייבוא זרע לישראל (כמפורסם באתר משרד הבריאות

.(https://www.gov.il/he/pages/sperm-banks-abroad

נוהל אבטחת מידע (סיווג מידע א-8 (https://www.health.gov.il/services/tenders/doclib/com372021-8a.pdf

נספח א'

<u>בקשה להכרה בבנק זרע</u>

אל: המנהל הכללי של משרד הבריאות

אני_____

(שם המבקש ומענו)

מנהל ביה"ח _____ **מבקש להכיר בבנק הזרע שינוהל בביה"ח האמור וכחלק ממנו.**

פרטים בדבר בית החולים:

1. **מען:** _____
2. **בעלות:** _____

פרטים בדבר הרופא מנהל בנק הזרע:

1. **שם מלא:** _____
2. **ת"ז:** _____
3. **מס' רישיון רופא:** _____
4. **תואר מומחה בתחום:** _____
5. **מס' תעודת המומחה:** _____

יש לצרף לבקשה תכנית תשתיות הבנק כמפורט מטה.

אני מתחייב לפעול בהתאם לחוזר מנכ"ל משרד הבריאות בנושא "נוהל בנקי הזרע".

אני מתחייב להודיע על כל שינוי בפרט מהפרטים שלעיל, או בפרטים שאדרש על ידי המנהל הכללי של משרד הבריאות לעניין זה, סמוך לעשייתו.

_____ _____

תאריך **חתימה**

<u>תשתיות בנק זרע חדש</u>

להלן תשתיות נדרשות אשר יותאמו לנפח הפעילות

1. **מזכירות.**
2. **חדר מנהל בנק הזרע / רופא.**
3. **משרד למנהל המעבדה.**
4. **חדר המתנה – אזורים דיסקרטיים למטופלים ותורמים בנפרד.**
5. **חדר מתן זרע – עם פרטיות מלאה, עם כיור, עדיף גם שירותים וספה.**
6. **מעבדה לבדיקת זרע, עיבוד, הקפאה ותיעוד הדגימות בהתאם לתקנות בריאות העם (מעבדות רפואיות).**
7. **חדר אחסון של מיכלים קריוגנים חדר ממוגן עם יניקת אויר וחיישן חמצן.**
8. **שירותים.**
9. **מחסן ציוד.**

ציוד חיוני

1. **מיכלים קריוגנים - מחוברים למערכות התראה ורצוי למערכת הזנה אוטומטית, כולל מיכל רזרבי מלא חנקן.**
2. **מנדף ביולוגי - אחד לפחות לטיפול בדגימות זרע.**
3. **מיקרוסקופ - לבדיקת הזרע.**
4. **צנטריפוגה - לעיבוד דגימת הזרע.**
5. **מקרר 4-8 מעלות צלזיוס - לאחסון תמיסות.**
6. **מערכת לאספקת חנקן - רצוי צובר עם מערכת אוטומטית או מיכל נוסף לאספקת החנקן.**
7. **תוכנת ניהול מידע רפואי**
8. **ציוד מיגון קריוגני - כפפות, חלוקים, מסכות.**
9. **כספות - בבנקים ותיקים בהם נותרה רשומה רפואית חסויה שאינה ממוחשבת.**

נספח ב'

- סודי -

הסכמת תורם זרע

אל:

ד"ר: _____ **בנק זרע:** _____

אני הח"מ: _____ **ת.ז.** _____

כתובת: _____ **טלפון:** _____

דוא"ל: _____

יש לסמן ✔ בכל הריבועים הרלוונטיים:

- ☐ אני מסכים לתרום מזרעי לשם שימוש בו להזרעה או להפריה חוץ גופית, לפי שיקולי בנק הזרע.
- ☐ לא תרמתי זרע מעולם בארץ או בחו"ל ואני מתחייב שלא אתרום זרע בבנק זרע אחר.
- ☐ אינני פסול דין, אדם שמונה לו אפוטרופוס, עצור או אסיר.
- ☐ לגברים נשואים או ידועים בציבור: יידעתי את בת / בן זוגי שאני תורם זרע.
- ☐ אני מסכים בזה ומצהיר כי לא אהיה זכאי לקבל כל פרטים על זהות הנשים הנתרמות לא אעשה ניסיון לזהותן.
- ☐ אני מסכים בזה ומצהיר כי לא אהיה זכאי לקבל פרטים על זהות הילדים שייוולדו מתרומת הזרע ולא אעשה ניסיון לזהותם.
- ☐ ידוע לי כי הזכויות והחובות בין הורים ושאר קרוביהם ובין ילדי האם או ההורים לא יהיו קיימות ביני לבין הילד שייוולד כתוצאה מתרומת הזרע, ולא יהיו נתונות לי, ביחס ליילוד, הסמכויות הנתונות להורים ביחס לילדיהם.
- ☐ הוסבר לי כי יעשה כל מאמץ לשמור על סודיות הזהות שלי, אולם בנק הזרע לא יכול למנוע אפשרות בעתיד לקשור גנטית ביני לבין הצאצאים שייוולדו באמצעות בדיקות גנטיות מתקדמות, וברור לי שייתכן שהאנונימיות שלי לא תישמר.
- ☐ ידוע לי כי אני רשאי לחזור בי מההסכמה שנתתי לתרום מזרעי, ובלבד שהנתרמת לא התחילה מחזור טיפול שבו מתוכנן שימוש בזרעי, וכי לא אוכל למנוע שימוש בביציות שהופרו בזרעי בטיפולים קודמים.
- ☐ ידוע לי כי במקרה כזה מנהל בנק זרע רשאי לדרוש ממני להשיב למוסד הרפואי את כספי הפיצוי ששולמו לי בגין התרומה.
- ☐ אני מסכים לעריכת בדיקות גנטיות בהתאם להנחיות חוזר משרד הבריאות.

יש לסמן <u>אחד</u> מהבאים:

☐ אני מעוניין לקבל את תוצאות הבדיקות הגנטיות. התוצאות ישלחו לכתובת הדואר האלקטרוני או אמצעי תקשורת אחר שמסרתי לבנק הזרע (יש למלא באופן ברור ולעדכן בכל שינוי).

☐ אני לא מעוניין בקבלת תוצאות בדיקות אלו.

- אני מסכים להפקת DNA ושמירתו. שימוש בו יעשה רק לצרכים רפואיים של הנתרמת בהריון או של הנולדים מתרומות הזרע, ורק באישור רופא מומחה בגנטיקה רפואית.
- אני מסכים לעריכת **בדיקות נוספות בעתיד** (כולל בדיקות גנטיות), שמטרתן למזער סיכונים ללידת ילדים עם בעיות רפואיות.
- ככל שתיערך בדיקה כאמור אבקש (**יש לסמן <u>אחד</u> מהבאים**):

☐ לקבל את כל המידע על תוצאות הבדיקות הגנטיות שיערכו.

☐ לקבל את המידע על תוצאות הבדיקות הגנטיות רק במידה ויש להן השלכות רפואיות לגביי או לגבי בני משפחתי ובאישור רופא מומחה בגנטיקה רפואית.

☐ לא לקבל מידע על תוצאות בדיקות אלו.

☐ אני מתחייב כי אם בעתיד יוודע לי כי אני או הורה שלי/ אח/ אחותי/ ילד/ילדה שלי נשאים של פגם רפואי שעלול להיות תורשתי, איידע על כך את בנק הזרע בהקדם האפשרי.

☐ אני מוותר על הסודיות הרפואית ומייפה את כוחו של מנהל בנק הזרע כדי שיוכל לקבל לעיונו כל מידע רפואי העלול להשפיע על התרומות שנתתי ותוצאות השימוש בהן.

☐ ידוע לי ששמי וזהותי או כל פרט אודותיי לא יימסר לאף אדם ויישאר חסוי ככל הניתן, למעט לצורך הצלבת נתונים עם מרכז רישום ארצי של תורמים על מנת לוודא שלא תרמתי בבנק אחר, לצורך בירור נושאים רפואיים הנוגעים לעוברים ולנולדים מתרומות הזרע ולאישור כשרות יוחסין.

☐ אם בעתיד המצב המשפטי יאפשר תרומת זרע שאינה אנונימית, אני מעוניין / לא מעוניין (מחק את המיותר) לשקול לאשר שתרומתי תהפוך לתרומת זרע שאינה אנונימית, בכפוף לכל דין ובהתאם למצב המשפטי שיחול באותה עת.

<u>לפי מיטב ידיעתי:</u>

- אני במצב בריאותי תקין ואין לי כל מחלה מדבקת או מורשת.
- בני משפחתי לא סבלו ואינם סובלים מכל ליקוי גנטי העובר בתורשה או מחלה שמקורה אינו ידוע אך הופיעה במשפחתי מספר פעמים במהלך הדורות.
- אין לי כל מחלות מין.

תאריך_____ מקום _____ שעה _____

_____ _____

חתימת הרופא **חותמת הרופא**

_____ _____

תאריך **חתימת תורם הזרע**

נספח ג'

הצהרה על ייבוא זרע מתרומה מבנק זרע בחו"ל שיש לו אישור ייבוא קבוע ממשרד הבריאות

פרטי היבואן (בנק זרע ישראלי מוכר):

שם היבואן: _____

כתובת היבואן: _____

שם האחראי על הייבוא: _____ **תעודת זהות:** _____

טלפון נייד: _____

פרטי הטובין (מחק את המיותר): זרע מוקפא

ארץ מקור הטובין: _____

שם בנק הזרע בחו"ל ממנו מתבצע הייבוא: _____

יעוד הטובין: טיפולי פוריות והולדה

השימוש בטובין יעשה ב- (ציין שם וכתובת יחידת IVF המייבאת): _____

הנני מצהיר בזאת כי:

1. **הייבוא נעשה על פי הנחיות חוזר מנכ"ל משרד הבריאות בנושא "נוהל בנקי זרע".**
2. **הייבוא נעשה מבנק זרע בחו"ל שיש לו אישור תקף ממשרד הבריאות לייבא זרע ממנו לישראל (https://www.gov.il/he/pages/sperm-banks-abroad).**
3. **השימוש בטובין ייעשה עבור הייעוד כמצוין לעיל.**
4. **תורמי הזרע (עברו בדיקה השוללת הימצאות זיהומים (HIV, HBV, HCV ועגבת).**
5. **נקטתי באמצעים סבירים כדי לוודא כי תנאי אחסון ושינוע הזרע עומדים באמות מידה מקצועיות עד קליטתם ליחידה, ובכלל זה:**
   - **1.1. הקפאה - הזרע נשמר בחנקן נוזלי בכמות שהספיקה למשך השינוע במיכל ייעודי.**
   - **1.2. שינוע - באמצעים נאותים לשמירת הזרע הקפוא.**
   - **1.3. פתיחת המכלים תיעשה רק בבנק הזרע שמייבא את הזרע.**
6. **אני מצהיר כי קיבלתי לידי מסמכים המעידים על כך שביחס לכל אחת מתרומות הזרע שמיובאות לישראל מתקיימים התנאים הבאים:**
   - **6.1. צויין סוג הדם של כל תורם, כולל Rh.**
   - **6.2. התורמים מבצעים לפני מועד היבוא לישראל לפחות בדיקות סקר גנטיות שנכללות בסל שירותי הבריאות הממלכתי עבור זוגות, ובדיקת שבב (צ'יפ) גנטי ו/או אקסום.**
   - **6.3. התורמים חותמים על כתב הסכמה לשימור דגימת דם בארץ או בחו"ל לצורך ביצוע בדיקה גנטית בעתיד במידת הצורך.**
7. **אני מודע לכך שמשרד הבריאות לא בדק את הטובין ובאחריותי לבדוק כי הם עומדים בדרישות כל חיקוק הנוגעים לו.**

8. **ידוע לי כי כל נזק שייגרם לחומר הביולוגי המועבר וכל הוצאה שתגרם ליחידה המייבאת או לצד ג׳ שעילתם נובעת כתוצאה ממעשה או מחדל ביחס לטובין המיובאים, אינם באחריות משרד הבריאות ולא תהיה ליחידה המייבאת כל תביעת נזיקין או טענה מכל סוג כלפי משרד הבריאות בגין השימוש בו, בכפוף לכל דין.**
9. **אני מתחייב/ת כי הפרטים אשר מולאו במערכת מסלו״ל ולעיל הנם נכונים ובאחריותי.**
10. **<u>להצהרה זו מצורפים המסמכים הבאים:</u>**

אישור משרד הבריאות ליבוא זרע תורמים מבנק:_____ במדינה:_____

רשימת תורמי הזרע שהזרע שלהן מיובאות במשלוח זה לפי הקוד שניתן לכל אחת במרפאה בה בוצעה התרומה.

תאריך: _____

חתימת האחראי על הייבוא: _____

נספח ד'-1

- סודי -

בקשה והסכמת אשה ובן/בת זוגה לקבלה ושימוש בתרומת זרע

שם האישה: _____ _____ _____ _____ _____

שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

שם בן/בת הזוג (במידה וישנם): _____ _____ _____ _____ _____

שם משפחה שם פרטי שם האב ת.ז.

יש לסמן ✓ בתוך הריבועים ולמחוק פרטים שאינם רלוונטיים

☐ הננו בני / בנות זוג ואנו מעוניינים/ות ומתכוונים/ות להביא ילד משותף לעולם באמצעות תרומת זרע.

☐ אנו מצהירים ומאשרים בזאת שקיבלנו הסבר מפורט בעל פה מד"ר (שם פרטי ומשפחה): _____

_____ מבנק הזרע: _____

על שימוש בזרע תורם, הבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך וסיכויי הצלחת הטיפול (להלן "הטיפול").

☐ אנו מסכימים, כי תורם הזרע שבו יעשה שימוש בהזרעה יבחר במשותף על ידינו ועל ידי הרופא ולפי שיקול דעתו ובהסכמתו, ולא נברר או ננסה לדעת את זהותו של האדם שבזרעו נעשה שימוש או כל פרט הקשור בו או במשפחתו, למעט פרטים שיחליט הרופא למוסרם אשר אין בהם בכדי לזהות את התורם.

☐ אנו מצהירים שגם אם תתגלה לנו זהות התורם לא נחשוף אותה (כולל לצאצאים שנולדו מתרומת הזרע שלו), נימנע מליצור עימו קשר ואין לנו ולא תהיה לנו זכות לדרוש ממנו דבר.

☐ הוסבר לנו כי השימוש בזרע, למרות כל הבדיקות שנערכו לתורם ולזרע, אין בו כדי למנוע העברת מחלות באופן מוחלט.

☐ הוסבר לנו כי תורם הזרע רשאי לחזור בו מההסכמה שנתן לשימוש בתרומה מזרעו, כל עוד לא התחיל מחזור טיפול שבו מתוכנן שימוש בזרע, וכל עוד לא שמורות ביציות שהופרו בזרעו.

☐ הוסבר לנו כי אין כל בטחון שכתוצאה מהטיפול יושג הריון או לידה.

☐ ☐ הוסבר לנו כי קיימת אפשרות של סיבוכים בעת ההיריון והלידה וכן תיתכן לידה של ילד/ים במצב בריאות לא תקין, נשאים או חולים במחלות תורשתיות.

☐ אנו מסכימים ומצהירים כי הילד/ים שיוולד/ו כתוצאה מההזרעה או טיפול IVF ישא/ו את שמנו ויחשב/ו כבננו/בתנו לכל דבר ועניין, לרבות עניין מזונות וירושה. לצד זאת, למען הסר ספק, הומלץ לנו לשקול להכין צוואה.[3]

☐ אנו מתחייבים לדווח לבנק הזרע על תוצאות הטיפול, כולל הריונות, הפלות, הפסקות הריון ולידות.

☐ הובא לידיעתנו כי קיימות בדיקות גנטיות נוספות לשלילת נשאות או מחלות גנטיות שניתן לבצע לפני הטיפול לנתרמת ולתורם הזרע.

[3] זאת בעקבות פסק דין שניתן בבית משפט לענייני משפחה (ת"ע 19419-02-23), ומבלי להביע עמדה לגביו או לגבי מעמדו.

- אנו מתחייבים להודיע לבנק הזרע באופן מיידי על כל פגם רפואי לרבות גנטי שיתברר במהלך ההריון או אצל הנולד כתוצאה משימוש בזרע שהתקבל מבנק הזרע. זאת לצורך יידוע נתרמות אחרות, יידוע התורם עצמו, ולשם קבלת החלטות רפואיות של הנוגעים בדבר. המידע יועבר ללא פרטים מזהים של מי מאתנו או של הצאצא.
- הובא לידיעתנו כי בכדי למנוע נישואי קרובים לא יעשה שימוש בזרע של תורם אשר שמו או מספר תעודת הזהות שלו תואמים את שמות או מספרי תעודות הזהות של קרובי משפחתנו. בדיקה זו תיעשה עפ"י הפרטים שמסרנו בטופס זה ועפ"י הפרטים שמסר התורם בהצהרתו.
- אם בעתיד המצב המשפטי יאפשר תרומת זרע שאינה אנונימית והתורם יבקש להפוך לתורם לא-אנונימי, **אנחנו מעוניינים לשקול לאשר / לא מעוניינים (מחקו את המיותר)** שהתרומה תהפוך לתרומת זרע שאינה אנונימית, בכפוף לכל דין ובהתאם למצב המשפטי שיחול באותה עת.
- הובא לידיעתנו כי ניתן להיוועץ בסמכות דתית בשאלות הנוגעות לדין הדתי לעניין מעמד היילוד וכשרות הילוד לנישואין.
- ידוע לנו כי מנהל בנק הזרע, ייתן מענה פרטני לפניית איש ואישה שאחד מהם או שניהם נולדו מתרומת זרע, המבקשים לברר אם הינם קרובי משפחה, או לשאילתא המופנית מרושמי הנישואין ("רושמי נישואין" - על פי חוק הרבנות הראשית התש"ם - 1980) או האם המועמדים להינשא ו/או הפונים באופן אישי לבנק, הינם קרובי משפחה מדרגה ראשונה.

☐ **אנו נותנים בזאת את הסכמתנו לביצוע הטיפול.**

_____	_____	_____
תאריך	**חתימת האישה**	**חתימת בן/בת הזוג**

☐ **אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לבני הזוג את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי הם חתמו על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינו את הסברי במלואם.**

_____	_____	_____	_____
המקום	**שם/חתימת הרופא/ה**	**חותמת הרופא/ה**	**מס' רישיון**

נספח ד'-2

- סודי -

בקשה והסכמת אישה ללא בן או בת זוג לקבלה ושימוש בתרומת זרע

שם האישה: _____ _____ _____ _____

שם משפחה	שם פרטי	שם האב	ת.ז.

יש לסמן ✔ בתוך הריבועים ולמחוק פרטים שאינם רלוונטיים

אני מצהירה ומאשרת בזאת שקיבלנו הסבר מפורט בעל פה מד"ר (שם פרטי ומשפחה): _____

מבנק הזרע: _____

על שימוש בזרע תורם, הבדיקות והטיפולים הכרוכים בכך וסיכויי הצלחת הטיפול (להלן "הטיפול").

- ☐ אני מסכימה כי תורם הזרע שבו יעשה שימוש בהזרעה יבחר במשותף על ידי ועל ידי הרופא ולפי שיקול דעתו ובהסכמתו, ולא אברר או אנסה לדעת את זהותו של האדם שבזרעו נעשה שימוש או כל פרט הקשור בו או במשפחתו, למעט פרטים שיחליט הרופא למוסרם אשר אין בהם בכדי לזהות את התורם.
- ☐ אני מצהירה שגם אם תתגלה לי זהות התורם לא אחשוף אותה (כולל לצאצאים שנולדו מתרומת הזרע שלו), אמנע מליצור עימו קשר ואין לי ולא תהיה לי זכות לדרוש ממנו דבר.
- ☐ הוסבר לי כי השימוש בזרע, למרות כל הבדיקות שנערכו לתורם ולזרע, אין בו כדי למנוע העברת מחלות באופן מוחלט.
- ☐ הוסבר לי כי תורם הזרע רשאי לחזור בו מההסכמה שנתן לשימוש בתרומה מזרעו, ובלבד שלא הותחל מחזור טיפול שבו מתוכנן שימוש בזרע, וכל עוד לא שמורות ביציות שהופרו בזרעו. ידוע לי כי אני רשאית לדרוש מבנק הזרע להשיב לי את הסכומים ששלמתי בגין התרומה אך לא אהיה זכאית להשבת הסכומים ששולמו עבור בדיקות נוספות (כגון גנטיות) שבקשתי לבצע.
- ☐ הוסבר לי כי אין כל בטחון שכתוצאה מהטיפול יושג הריון או לידה.
- ☐ הוסבר לי כי קיימת אפשרות של סיבוכים בעת ההיריון והלידה וכן תיתכן לידה של ילד/ים במצב בריאות לא תקין, נשאים או חולים במחלות תורשתיות.
- ☐ אני מתחייבת לדווח לבנק הזרע על תוצאות הטיפול, כולל הריונות, הפלות, הפסקות הריון ולידות.
- ☐ הובא לידיעתי כי קיימות בדיקות גנטיות נוספות לשלילת נשאות או מחלות גנטיות שניתן לבצע לפני הטיפול לי ולתורם הזרע.
- ☐ אני מתחייבת להודיע לבנק הזרע באופן מיידי על כל פגם רפואי, לרבות גנטי, שיתברר במהלך ההריון או אצל הנולד כתוצאה משימוש בזרע שהתקבל מבנק הזרע. זאת לצורך יידוע נתרמות אחרות, יידוע התורם עצמו, ולשם קבלת החלטות רפואיות של הנוגעים בדבר. המידע יועבר ללא פרטים מזהים שלי או של הילד.
- ☐ הובא לידיעתי כי בכדי למנוע נישואי קרובים לא יעשה שימוש בזרע של תורם אשר שמו או מספר תעודת הזהות שלו תואמים את שמות או מספרי תעודות הזהות של קרובי משפחתי. בדיקה זו תיעשה עפ"י הפרטים שמסרתי בטופס זה ועפ"י הפרטים שמסר התורם בהצהרתו.

- אם בעתיד המצב המשפטי יאפשר תרומת זרע שאינה אנונימית והתורם יבקש להפוך לתורם לא-אנונימי, **אני מעוניינת לשקול לאשר / לא מעוניינת (מחקי את המיותר)** שהתרומה תהפוך לתרומת זרע שאינה אנונימית, בכפוף לכל דין ובהתאם למצב המשפטי שיחול באותה עת.
- הובא לידיעתי כי ניתן להיוועץ בסמכות דתית בשאלות הנוגעות לדין הדתי לעניין מעמד היילוד וכשרות הילוד לנישואין.
- ידוע לי כי מנהל בנק הזרע ייתן מענה פרטני לפניית איש ואישה שאחד מהם או שניהם נולדו מתרומת זרע, המבקשים לברר אם הינם קרובי משפחה, או לשאילתא המופנית מרושמי הנישואין ("רושמי נישואין" - על פי חוק הרבנות הראשית התש"ם - 1980) או האם המועמדים להינשא ו/או הפונים באופן אישי לבנק, הינם קרובי משפחה מדרגה ראשונה.

☐ **אני נותנת בזאת את הסכמתי לביצוע הטיפול**.

_____ _____

תאריך **חתימת האישה**

☐ **אני מאשר/ת כי הסברתי בעל פה לאשה את כל האמור לעיל בפירוט הדרוש וכי היא חתמה על הסכמה בפני לאחר ששוכנעתי כי הבינה את הסברי במלואם**.

_____ _____ _____ _____

המקום **שם/חתימת הרופא/ה** **חותמת הרופא/ה** **מס'**

רישיון

נספח ה'

-סודי-

טופס בקשה והסכמת מפקיד זרע

תאריך: _____

שם: _____ ת"ז:_____ שנת לידה: _____

כתובת: _____ טלפון: _____

דואר אלקטרוני: _____

מצב משפחתי: □ רווק □ נשוי □ גרוש □אחר: _____

סיבה להקפאה:

□ שימור פוריות שלא מסיבה רפואית

□ שימור פוריות לפני טיפול אונקולוגי

□ שימור פוריות בשל סיבה רפואית אחרת

□ במסגרת טיפולי פוריות

□ אחר_____

אני הח"מ פונה אליכם בבקשה לשמירת מנות זרע מזרעי בבנק הזרע.

עליך לאשר את <u>כל</u> הסעיפים הבאים:

□ ידוע לי והוסבר לי כי הזרע ישמר בהתאם למידע הטכנולוגי הקיים היום.

□ הוסבר לי כי אין מידע ודאי לגבי שמירת איכות הזרע לתקופה ארוכה ותתכן פגיעה בטיבו של הזרע במהלך השנים, ולא ניתן להבטיח הצלחה בשימוש בזרע להולדה.

□ הוסברה לי האפשרות של כשל טכני בשמירת הזרע.

□ על אף האמור לעיל, אני מעוניין למסור מזרעי כדי לשומרו בבנק הזרע.

□ אני מתחייב למסור לבנק הזרע בו הוקפא זרעי את כתובתי העדכנית, מספר הטלפון בו ניתן ליצור עימי קשר, כתובת הדואר האלקטרוני שלי וכל אמצעי קשר אחר עימי. כמו כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בכתובתי ובפרטי ההתקשרות עימי. ידוע לי והבנתי כי כל הודעה מאת בנק הזרע תשלח למען ולפרטי ההתקשרות אותם מסרתי .

□ אני פוטר את המדינה, משרד הבריאות, המרכז הרפואי, בנק הזרע, ההנהלה, הצוות או כל גוף אחר מטעמו, מכל אחריות לכל נזק ישיר או עקיף שיגרם לזרע או עקב הרס הזרע או עקב שימוש בזרע האמור ותוצאות ההזרעה, הן לגבי האישה מקבלת הזרע והן לגבי ההיריון אם האישה תהרה והילד שייוולד אם נולד.

□ אני מאשר בזה כי הזרע יוקפא ויישמר בבנק הזרע לתקופה של שנה או יותר, בכפוף להסדרת תשלום מראש. אני מבין ומאשר כי במידה ולא אודיע בכתב לבנק הזרע עד 60 יום טרם חלוף תקופת השמירה האמורה על רצוני בהמשך השמירה לתקופה נוספת, בכפוף להסדרת תשלום מראש, יהיה בנק הזרע רשאי להפשיר את מנות הזרע. במקרה זה לא תהיה לי עוד יכולת להשתמש בזרעי למטרות הולדה.

□ במידה ולא אודיע על רצוני בכתב כאמור, לא תהיה לי כל טענה או תביעה כלפי המדינה, משרד הבריאות, המרכז הרפואי, בנק הזרע, ההנהלה, הצוות או כל גורם אחר מטעם מי מהם, בנוגע לאי שמירת הזרע או בנוגע לנזקים שנגרמו או ייגרמו לי כתוצאה מכך.

רצון מפקיד הזרע:

□ השימוש בזרע יעשה בהתאם להוראותיי בכתב בלבד.

במידה ובמהלך תקופת השמירה לא אוכל לתת הוראה לשימוש בזרע מכל סיבה שהיא, לרבות פטירה, אני מבקש כי בהתאם למצב המשפטי שיחול באותה עת ובכפוף לכל דין: (**סמן <u>אחת</u> מבין ארבע האפשרויות הבאות**):

□ הזרע יופשר, כך שלא יוכל לשמש להולדה.

□ בת זוגי תוכל לבקש להשתמש בזרע לשם הולדה: שם _____ ת"ז _____

פרטי יצירת קשר _____ (נכון להיום נדרש אישור בית משפט)

□ הורי/ אמי/ אבי יחליטו מה לעשות בזרע, והם יוכלו להחליט לאשר לאישה שיבחרו להשתשתמש בו כך שהיא ותהיה אם היילוד ואני ארשם לאחר מותי כאביו.

שם ההורה / ההורים _____ ת"ז _____

פרטי יצירת קשר: _____ (נכון להיום נדרש אישור בית משפט).

□ הזרע ייתרם למחקר בהתאם לכל דין.

□ במידה ובת זוגי / אחד מהורי לא יפנו מיוזמתם לבנק הזרע 5 שנים ממועד פטירתי, אני מביע את הסכמתי להפשרת הזרע הקפוא בהתאם להוראות שנתתי בטופס זה.

□ הובהר לי והבנתי שבעצם הקפאת הזרע אין התחייבות או הבטחה של בנק הזרע או נציגו להביא לידי הריון ולידה שמקורם בזרע הקפוא.

□ ניתן להשתמש בטופס זה כהוכחה לרשויות, כאישור הסכמתי לאבהות בתנאים האמורים לעיל בכפוף לכל דין.

ולראיה באתי על החתום: _____

שם מפקיד הזרע: _____ **ת"ז**: _____ **חתימה**: _____

חתימת מנהל בנק הזרע: _____

מקום החתימה: _____ תאריך החתימה: _____ שעת החתימה: _____

מומלץ:

הסכמת בת הזוג/הורה (אם רלוונטי): שם: _____:

□ הוסבר לי והבנתי כי בן זוגי _____ הסכים כי בעתיד אוכל לעשות שימוש בזרעו לצורך הפריה. הובהר לי כי במקרה של פטירתו אהיה רשאית לפנות אל בנק הזרע בבקשה להארכת תקופת שמירת הזרע או שימוש בו בתוך 3 שנים מיום הפטירה, בהתאם למצב המשפטי שיחול באותה עת ובכפוף לכל דין. בתום תקופה זו בנק הזרע יהיה רשאי להפשיר את זרעו.

□ ידוע לי והבנתי כי כל הודעה מאת בנק הזרע תשלח למען ולפרטי ההתקשרות שלי שנמסרו ועודכנו על ידי.

ולראיה באתי על החתום: שם בת הזוג: _____ **ת"ז:** _____

חתימה: _____

חתימת מנהל בנק הזרע: _____

מקום החתימה: _____ תאריך החתימה: _____

שעת החתימה: _____

פרטנר

נספח ו'

<u>הצהרה על ייבוא זרע המיועד לשימוש הגבר שהפקיד אותו:</u>

<u>פרטי היבואן (בנק זרע ישראלי מוכר):</u>

שם היבואן: _____

כתובת היבואן: _____

שם האחראי על הייבוא: _____ תעודת זהות: _____

טלפון נייד: _____

פרטי הטובין (מחק את המיותר): זרע מוקפא

ארץ מקור הטובין: _____

שם בנק הזרע או מרפאת IVF בחו"ל ממנו מתבצע היבוא: _____

יעוד הטובין: טיפולי פוריות והולדה

השימוש בטובין יעשה ב- (ציין שם וכתובת יחידת IVF המייבאת): _____

<u>הנני מצהיר בזאת כי:</u>

1. **היבוא נעשה על פי הנחיות חוזר מנכ"ל משרד הבריאות בנושא "נוהל בנקי זרע".**
2. **השימוש בטובין ייעשה עבור הייעוד כמצוין לעיל.**

<u>פרטי היבואן (בנק זרע):</u>

שם היבואן: _____

כתובת היבואן: _____

שם האחראי על הייבוא: _____ תעודת זהות: _____

טלפון נייד: _____

שם בנק הזרע/יחידת/מרפאת הפריה חוץ גופית בחו"ל ממנה מתבצע היבוא _____

יעוד הטובין: טיפולי פוריות והולדה למטופל/ים:

שם: _____ ת"ז: _____

שם (במידה ורלוונטי): _____ ת"ז: _____

<u>הנני מצהיר בזאת כי:</u>

1. **היבוא נעשה על פי הנחיות חוזר מנכ"ל משרד הבריאות בנושא "נוהל בנקי זרע".**
2. **השימוש בטובין ייעשה עבור הייעוד כמצוין לעיל.**
3. **מפקיד הזרע עבר בדיקה השוללת הימצאות זיהומים (HIV, HBV, HCV ועגבת).**
4. **הוצגו מסמכים המעידים כי הפקדת הזרע נעשתה במוסד מורשה לפי דיני מדינת החוץ שבה נעשו;**
5. **הוצגו מסמכים רפואיים המעידים כי הזרע המופקד אכן הופקד ע"י הגבר עבורו מתבקש היבוא.**
6. **נקטתי באמצעים סבירים כדי לוודא כי תנאי אחסון ושינוע הזרע עומדים באמות מידה מקצועיות עד קליטתם ליחידה, ובכלל זה:**

6.1. הקפאה - הזרע נשמר בחנקן נוזלי בכמות שהספיקה למשך השינוע במיכל ייעודי.

6.2. שינוע - באמצעים נאותים לשמירת הזרע הקפוא.

6.3. פתיחת המכל תיעשה רק בבנק הזרע שמייבא את הזרע.

7. אני מודע לכך שמשרד הבריאות לא בדק את הטובין ובאחריותי לבדוק כי הם עומדים בדרישות כל חיקוק הנוגעים לו.

8. ידוע לי כי כל נזק שייגרם לחומר הביולוגי המועבר וכל הוצאה שתגרם ליחידה המייבאת או לצד ג׳ שעילתם נובעת כתוצאה ממעשה או מחדל ביחס לטובין המיובאים, אינם באחריות משרד הבריאות ולא תהיה ליחידה המייבאת כל תביעת נזיקין או טענה מכל סוג כלפי משרד הבריאות בגין השימוש בו, בכפוף לכל דין.

9. אני מתחייב/ת כי הפרטים אשר מולאו במערכת מסלו״ל ולעיל הנם נכונים ובאחריותי.

10. <u>להצהרה זו מצורפים המסמכים הבאים:</u>

אישור משרד הבריאות ליבוא זרע המפקיד בבנק:_____ במדינה:_____

תאריך: _____

חתימת האחראי על הייבוא: _____

נספח ז'

- סודי -

בקשה והסכמה לשמירת זרע קטין / חסוי (אישור הורים/אפוטרופוס)

תאריך: _____

שם הקטין/החסוי: _____ תעודת זהות: _____ שנת לידה: _____

שם האב: _____ תעודת זהות: _____

שם האם: _____ תעודת זהות: _____

שם אפוטרופוס: _____ תעודת זהות: _____

כתובת: _____ טלפון: _____

דואר אלקטרוני: _____ אמצעי קשר אחר: _____

פרטי התקשרות עם הקטין (במידת האפשר ובהסכמת ההורים/האפוטרופוס): טלפון:_____

דוא"ל: _____

סיבת שימור הזרע: _____

אני הח"מ פונה אליכם בבקשה לשמירת מנות זרע מזרע בני/בן חסותי בבנק הזרע.

□ ידוע לי והוסבר לי כי הזרע ישמר בהתאם למידע הטכנולוגי הקיים היום בבית החולים.

□ הוסבר לי כי אין מידע לגבי עמידות הזרע לתקופה ארוכה ותתכן פגיעה באיכות הזרע במהלך השנים. הוסברה לי האפשרות של כשל טכני בשמירת הזרע.

□ על אף האמור לעיל ולמרות ידיעתי המפורשת כי הזרע עלול להיהרס ולהיפגע, אני מאשר את מסירת זרעו של בני/בן חסותי ושמירתו בבנק הזרע.

□ אני מתחייב **להסדיר תשלום** מראש כפי שאדרש.

□ אני פוטר את המדינה, משרד הבריאות, המרכז הרפואי, בנק הזרע, ההנהלה, הצוות או כל גוף אחר מטעמו, מכל אחריות לכל נזק ישיר או עקיף שיגרם לזרע או עקב הרס הזרע או עקב שימוש בזרע האמור ותוצאות ההזרעה, הן לגבי האישה מקבלת הזרע והן לגבי ההיריון אם האישה תהרה והוולד שייוולד אם נולד.

□ ידוע לי / לנו כי מי שהפקיד זרע מטעמים רפואיים בטרם מלאו לו 18 שנים, רשאי, לאחר שמלאו לו 18 שנים למסור לבנק הזרע או ליחידת IVF בה שמור זרעו הנחיות באשר לשימוש בזרעו.

□ הובהר לי והסכמתי כי במקרה של פטירה של בני / בן חסותי לפני מלאת לו 18 שנים, לא אוכל לבקש שימוש בזרעו השמור של בני/ בן חסותי לצורך הפריה.

ולראיה באתי על החתום:

שם: _____ חתימה: _____

שם: _____ חתימה: _____

חתימת מנהל בנק הזרע: _____

מקום החתימה: _____ תאריך החתימה: _____ שעת החתימה: _____

נספח ח'

<u>טופס בקשה לנטילת והקפאת זרע מנפטר</u>

המרכז הרפואי _____ משתתף בצערכם על מות יקירכם _____.

פניתם אלינו על מנת לנסות להפיק זרע מהאשך של יקירכם, לצורך שימור והקפאה כדי לאפשר שימוש עתידי להולדה. לצורך כך יש צורך בפעולה כירורגית, נטילת חלק מרקמת האשך, העברתה למעבדה ונסיון להפיק ממנה תאי זרע בעלי בתנועה או לפחות בעלי חיות. על פי הידוע כיום, הסיכוי למציאת זרע חי קשור באופן הדוק למרווח הזמן שבין מועד הפטירה לביצוע פעולת נטילת הזרע. כאשר הזרע שנמצא אינו בתנועה, הסיכוי שיביא להפריה והריון נמוך ביותר.

ייתכן ויהיה צורך לבצע בדיקות מעבדה נוספות, כגון בדיקת חיות של תאי הזרע, שישפיעו על ההחלטה אודות הקפאתם.

השימוש בזרע תלוי החלטת בית המשפט המוסמך.

אם יאושר שימוש בזרע להולדה בעתיד, רצוי שתהיה דגימת DNA (החומר שמועבר בתורשה) שאפשר יהיה לבצע בה בדיקות גנטיות. במידת האפשר, תילקח דגימת דם בסמוך לנטילת הזרע, לצורך הפקת DNA ושמירתו בלבד.

לצורך קיום בקשתכם, עליכם למלא את הפרטים הבאים:

א. <u>פרטי המבקש/ת/ים:</u>

1. שם: _____ מס' ת.ז: _____ קרבה למנוח: _____
   טלפון: _____ כתובת: _____
   דואר אלקטרוני: _____
2. שם: _____ מס' ת.ז: _____ קרבה למנוח: _____
   טלפון: _____ כתובת: _____
   דואר אלקטרוני: _____
3. שם: _____ מס' ת.ז: _____ קרבה למנוח: _____
   טלפון: _____ כתובת: _____
   דואר אלקטרוני: _____

אני/אנו מבקש/ת/ים לאפשר נטילת זרע מרקמת אשך, אחסון ושמירת הזרע של (**<u>פרטי הנפטר</u>**).

מר _____, ז"ל מס' ת.ז: _____ במרכז הרפואי _____

אנו מצהירים שלא ידועה התנגדות של הנפטר לנטילת זרעו לאחר מותו.

ב. **<u>בבקשה של הורים של נפטר יש לפרט גם בדבר קיומה של זוגיות:</u>**

האם הנפטר היה בזוגיות? _____

ככל שהיה בזוגיות יש לפרט:

שם: _____ טלפון: _____ ת.ז: _____

אני/אנו מצהיר/ה/ים כי לא ידועה התנגדות של _____ לנטילה מהנפטר.

ג. **האם התקבל צו בית משפט: כן/לא (נדרש צו בית משפט בבקשה שאינה של בת זוג, או בכל מקרה של ספק או התנגדרות של בן משפחה אחר.**

ידוע לנו והוסבר לנו היטב כי הזרע יישמר בהתאם למידע הרפואי והטכנולוגי הקיים היום.
כמו כן, הוסבר לנו כי אין מספיק מידע לגבי עמידות הזרע לתקופה ארוכה ותיתכן פגיעה בטיבו של הזרע במהלך השנים.
ידוע לנו כי יתכן שלא ניתן יהיה להפיק DNA, או שאיכות ה-DNA שיופק לא תאפשר ביצוע בדיקות גנטיות או חלק מהן. ידוע לנו שבדיקה גנטית לצורך הוכחת קשרי משפחה תבוצע רק לפי צו של בית משפט למשפחה ובמעבדה המוסמכת לכך.

ידוע לנו כי ככל שאבקש/נבקש לעשות שימוש בזרע המנוח יהיה צורך להגיש בקשה מתאימה לבית המשפט המוסמך והיא תידון בהתאם למצב המשפטי שיהיה תקף באותה עת.

במידה והבקשה להשתמש בזרע היא של הורה / הורי המנוח, בהתאם למצב המשפטי הקיים, בית המשפט יבחן את רצונו המשוער של הנפטר להביא צאצאים לעולם מזרעו לאחר מותו.

אם יחול שינוי בפרטים שציינו בטופס זה אנו מתחייבים להודיע לכם על כך.

חתימת המבקש/ת/ים:

תאריך: _____ שם: _____ חתימה: _____

תאריך: _____ שם: _____ חתימה: _____

תאריך: _____ שם: _____ חתימה: _____

חתימת הגורם המסביר:

תאריך: _____ שם: _____ תפקיד: _____

חתימה: _____

נספח ט׳

בקשה להוצאת זרע מבנק הזרע
(תוך מוסדי או חוץ מוסדי)

תאריך: _____

לכבוד

בנק הזרע

ביה״ח: _____

הנדון: (שם + ת.ז.): _____

(שם + ת.ז.): _____

הריני לאשר שהגברת / בני הזוג / בנות הזוג הנ״ל מטופלת/ים במרפאתנו / יחידתנו בטיפולי הזרעה תוך רחמית / הפריה חוץ גופית.

הריני לאשר כי המטופלת / המטופלים / המטופלות חתמו בפני על טופס הסכמה לביצוע הזרעה מלאכותית / IVF מזרע תורם / בן הזוג.

הריני מתחייב/ת לנהוג במנת / מנות הזרע כמתחייב מהכללים לניהול בנק זרע.

הריני מתחייב לדווח לבנק הזרע על תוצאות הטיפול של כל מנה ומנה.

הריני מבקש/ת להעביר למרפאתנו / יחידתנו את מנת / מנות הזרע עבור הנ״ל.

ב ב ר כ ה,

שם המרפאה / יחידת IVF: _____

חותמת וחתימת מנהל/ת היחידה / מרפאה: _____