

附表一 醫療性生育保存補助試辦方案之知情同意書

本人在癌症診療品質認證醫院之癌症診治單位相關醫護人員的解說下，聲明下列事項：

1. 醫護人員已向我解釋，並且我已經瞭解後續可能需要進行之癌症治療程序相關資訊，並就我所需要，提供醫學、心理或社工等專業諮詢機會。
2. 醫護人員已向我解釋，並且我已經瞭解後續癌症治療程序影響生育機能之可能性及程度。
3. 醫護人員已向我解釋，並且我已經瞭解進行癌症治療程序之急迫性，以及延後治療時程先進行生育保存的風險。
4. 醫護人員已向我解釋，並且我已經瞭解因生育保存影響癌症治療時程的程度。

本人已於 年 月 日完成癌症診治部分之生育保存知情同意事項說明。

立同意書人簽章：_____ (親簽)；身分證統一編號_____

醫療機構名稱：國立臺灣大學醫學院附設醫院 醫療機構醫事人員簽章：_____

本人在同院之人工生殖單位相關醫護人員的解說下，聲明下列事項：

1. 醫護人員已向我解釋，並且我已經瞭解生育保存選項及其費用差異。
2. 醫護人員已向我解釋，並且我已經瞭解進行生育保存之可能風險、不適症狀等情形。
3. 醫護人員已向我解釋，並且我已經瞭解進行生育保存所需時間，及因生育保存影響癌症治療時程的程度。
4. 醫護人員已向我解釋，並且我已經瞭解進行生育保存後，未來運用生殖細胞的方式及所需費用，若後續孕育子女，宜考量兒童最佳利益及善用相關育兒資源。
5. 醫護人員已向我解釋，並且我已經瞭解本生育保存補助試辦方案之補助額度及申請規定。

本人已於 年 月 日完成人工生殖部分之生育保存知情同意事項說明。

立同意書人簽章：_____ (親簽)；身分證統一編號_____

醫療機構名稱：國立臺灣大學醫學院附設醫院 醫療機構醫事人員簽章：_____

人工生殖機構代碼：_____ 01001 _____