



1



IVF/ICSI-OD

INFORMATOR DLA PACJENTÓW PRZYGOTOWUJĄCYCH SIĘ DO PROCEDURY ZAPŁODNIENIA POZAUSTROJOWEGO Z KOMÓRKĄ JAJOWĄ ANONIMOWEJ DAWCZYNI

Szanowni Państwo,

Marząc o radości rodzicielstwa, zdecydowaliście o przystąpieniu do procedury zapłodnienia pozaustrojowego z jajową dawczyni. Z pewnością nie była to łatwa decyzja, jednakże dała ona nadzieję na urodzenie własnego dziecka.

Coraz więcej Par boryka się z problemem niepłodności związanym z brakiem komórek jajowych zdolnych do zapłodnienia. Dlatego przekazywanie oocytów stanowi integralną część leczenia opartego o techniki wspomaganego rozrodu.

Biorąc udział w Programie otrzymujecie Państwo prawidłowe morfologicznie, dojrzałe komórki jajowe. Procedura donacji jest przeprowadzana zgodnie ze wszystkimi obowiązującymi wymaganiami prawnymi i medycznymi. Program dawstwa oocytów przebiega z zachowaniem pełnej anonimowości dla obu stron.

Specjalnie dla Państwa stworzyliśmy możliwość bezpłatnych konsultacji z embriologiem. Każda para przystępująca do procedury zapłodnienia pozaustrojowego ma ponadto prawo do jednej bezpłatnej konsultacji psychologicznej.

Zespół **VITROLIVE**

INFORMATION BROCHURE FOR PATIENTS PREPARING FOR IN VITRO FERTILISATION WITH ANONYMOUS DONOR EGGS

Dear Patients,

You have decided to undergo in vitro fertilisation with donor eggs in the hope of fulfilling your dream of becoming parents. This was certainly not an easy decision, but at least it opened up the possibility of having your own baby.

An increasing number of couples is struggling with infertility caused by a lack of fertilisable egg cells. For this reason, egg donation is an integral part of treatment using assisted reproduction techniques.

By participating in the Programme, you will receive access to high quality mature egg cells. The donor programme is carried out according to all legal and medical regulations. The egg donation programme is fully anonymous for all parties involved.

We have also prepared a possibility of free of charge consultations with an embryologist. Every couple undergoing in vitro fertilisation is offered one free psychological consultation.

VITROLIVE team



I. KWALIFIKACJA DO PROGRAMU BIORSTWA KOMÓREK JAJOWYCH

Program in vitro wykorzystujący komórki jajowe od Dawczyni jest dla wielu niepłodnych kobiet jedyną szansą na macierzyństwo. Takie rozwiązanie stosowane może być w przypadku, m. in.:

- Braku własnych komórek jajowych np. z powodu uszkodzenia lub braku jajników
- Przedwczesnego wygaśnięcia funkcji jajników
- Dysfunkcji jajników w wyniku leczenia operacyjnego lub przeciwnowotworowego
- Komórek jajowych o słabej jakości
- Obciążenia genetycznego stwierdzonego u kobiety
- Nieudanych wielokrotnych programów in vitro
- Zaawansowanego wieku kobiety (pow. 40 roku życia).

1. Ramowy przebieg programu in vitro z komórkami Dawczyni

Pary zakwalifikowane do Programu zapłodnienia pozaustrojowego z komórką jajową dawczyni zobligowane są do:

- Podpisania formularza świadomej zgody na udział w Programie
- Wykonania badań lekarskich i laboratoryjnych
- W przypadku mężczyzn – dodatkowo pobrania/oddania i zamrożenia nasienia

Program obejmuje:

- Zapłodnienie pozaustrojowe z wykorzystaniem nasienia męża/partnera i komórki jajowej Dawczyni
- Hodowlę i zamrożenie nadliczbowych zarodków
- Transfer zarodków uzyskanych w wyniku procedury.

Zaleca się, by decyzję o biorstwie skonsultować z psychologiem leczenia niepłodności podczas wizyty indywidualnej lub innej formy poradnictwa psychologicznego (tj. warsztaty, grupa wsparcia). Zainteresowane osoby więcej na ten temat znajdą na stronie www.vitrolive.pl

2. Konsultacje i badania specjalistyczne

Podczas wizyty wstępnej lekarz prowadzący oceni ogólny stan zdrowia Biorczyni, zada pytania dotyczące ewentualnych chorób i problemów zdrowotnych lub urazów, a także przeszłości ginekologicznej i położniczej. Kobieta zostanie poddana następującym badaniom: badanie przedmiotowe, badanie ginekologiczne, badanie ultrasonograficzne. W przypadku nieaktualnego wyniku cytologii – zostanie także pobrana próbka materiału biologicznego z szyjki macicy.

I. ELIGIBILITY FOR THE EGG RECIPIENT PROGRAMME

The IVF programme with donor eggs offers the only chance for motherhood for many infertile women. This solution is used in the following cases:

- Absence of own egg cells, e.g. if the ovaries are damaged or missing
- Premature ovarian failure
- Ovulatory dysfunction as a result of a surgery or cancer treatment
- Poor quality egg cells
- Diagnosed genetic defects in the female patient
- Numerous failed IVF cycles
- Age over 40.

1. Standard procedures for IVF treatment with Donor eggs

Couples who qualify for the IVF programme with donor eggs are obliged to:

- Sign a consent form for participation in the Programme
- Undergo medical and laboratory tests
- Men only: agree to produce/deliver and freeze sperm

The Programme includes:

- IVF treatment with the husband's/partner's sperm, and a donor egg
- Embryo culture and freezing
- The transfer of embryos obtained during the procedure.

It is advisable to consult the decision of using donor eggs with a psychologist specialising in infertility during an individual meeting or a meeting in an alternative format (e.g. workshops, support groups). Interested patients can find out more by visiting www.vitrolive.pl

2. Consultations and specialist examinations

During the initial visit, the doctor in charge will assess the Recipient's general health, ask her questions regarding possible medical conditions and health problems or injuries as well as her gynaecological and reproductive history. The female patient will have to undergo the following examinations: physical examination, gynaecological examination and ultrasound. If her cervical smear test is not up to date, we will also take a sample of biological material from her cervix.



Ponadto przed transferem należy wykonać testy w kierunku: anty-HIV-1,2, anty-HCV, HBs, VDRL, Chlamydia trachomatis, Toksoplazmoza, a także badanie czystości pochwy oraz badanie przeciwciał różyczki. W uzasadnionych przypadkach lekarz może zlecić wykonanie dodatkowych badań.

Mężczyzna przed wykonaniem procedury in vitro zostanie poproszony o oddanie krwi na badania laboratoryjne, w tym: anty-HIV-1,2, anty-HCV, HBs, VDRL, Chlamydia trachomatis, a w uzasadnionych przypadkach również badanie na obecność przeciwciał HTLV-I, badanie antygenów RhD oraz badania w kierunku malarii, wirusa CMV i pierwotniaka Trypanosoma cruzi. Badaniu poddane zostanie jego nasienie, które następnie zostanie zamrożone do czasu wykonania zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego.

3. Oddanie nasienia

Do zapłodnienia pozaustrojowego potrzebne jest nasienie męża lub partnera. Nasienie pozyskiwane jest poprzez masturbację, przy czym wymagany jest 2-5-dniowy okres wstrzemięźliwości seksualnej. Nasienie można oddać w VITROLIVE w Szczecinie lub dostarczyć do kliniki w ciągu 30-40 min od oddania w jałowym plastikowym pojemniku. Materiał powinien być transportowany w temperaturze ciała człowieka, tj. ok. 36°C. Należy unikać temperatur ekstremalnych, tj. <20°C i >37°C. Nasienie jest mrożone i przechowywane w temperaturze ciekłego azotu, tj. -196°C do czasu jego zastosowania w procedurze zapłodnienia pozaustrojowego z komórką jajową dawczyni.

Mrożenie nasienia ma miejsce w VITROLIVE przy al. Wojska Polskiego 103 w Szczecinie i wymaga wcześniejszej rejestracji (tel. 91 88 69 260).

II. PROGRAM BIORSTWA KOMÓREK JAJOWYCH W VITROLIVE

Program Biorstwa Komórek Jajowych w Centrum Ginekologii i Leczenia Niepłodności VITROLIVE prowadzony jest z powodzeniem od 2009 roku. Wiele Par, dzięki dawstwu komórek jajowych, zostało szczęśliwymi rodzicami.

VITROLIVE prowadzi własny bank gamet i zarodków oraz współpracuje z Ovobank w Hiszpanii w zakresie pozyskiwania komórek jajowych od Dawczyń. W procedurze zapłodnienia pozaustrojowego stosowane są mrożone komórki jajowe Dawczyń.

Program VITROLIVE prowadzony jest z zachowaniem wzajemnej anonimowości danych personalnych i teleadresowych, co oznacza, iż VITROLIVE nie udostępnia danych osobowych Dawczyni komórek jajowych oraz danych Pary, której komórki zostaną przekazane.

Vitrolive w Szczecinie posiada informacje dotyczące anonimowych dawców w zakresie wynikającym z treści Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2015 r. w sprawie wymagań, jakie powinien spełniać system zapewnienia jakości w ośrodku medycznie wspomaganego prokreacji oraz w banku komórek rozrodczych i zarodków (Dz. U. z 2015 r., poz. 1727). Informacje te przekazywane są do rejestru dawców komórek rozrodczych i zarodków i są

In addition, we need to carry out the following tests prior to the transfer: anti-HIV-1,2, anti-HCV, HBS, VDRL, Chlamydia trachomatis, Toxoplasmosis and also vaginal examinations for infections and tests for rubella antibodies. In justified cases, the doctor may also recommend additional tests.

Prior to the IVF procedure, the male partner will be asked to give blood for laboratory tests, e.g. anti-HIV-1,2, anti-HCV, HBS, VDRL, Chlamydia trachomatis and in justified cases also tests for the presence of HTLV-I antibodies, the RhD antigen as well as investigations for malaria, the CMV virus and the parasite Trypanosoma cruzi. His sperm will also be tested and then frozen until the IVF procedure.

3. Sperm collection

For in vitro fertilisation the husband's or partner's semen is required. It is obtained through masturbation following 2-5 days of sexual abstinence. The semen sample can be produced at VITROLIVE in Szczecin or delivered to the clinic within 30-40 minutes of production in a sterile plastic container. The sample should be transported in a temperature-controlled environment of ca. 36°C. Extreme temperatures of <20°C and >37°C should be avoided. The semen is frozen and stored in liquid nitrogen temperature, i.e. -196° until it is ready to be used in a IVF procedure with donor egg.

The freezing takes place at VITROLIVE at Al. Wojska Polskiego 103 in Szczecin and registration is necessary (Tel.: 0048 91 88 69 260).

II. EGG RECIPIENTS PROGRAMME AT VITROLIVE

The Egg Recipient Programme at the Centre for Gynaecology and Infertility Treatment VITROLIVE has been in place since 2009. Many couples have become parents thanks to egg donation.

VITROLIVE runs its own gamete and embryo bank and cooperates with Ovobank in Spain in the field of obtaining eggs cells from donors. In the procedure of in vitro fertilization, frozen donor eggs cells are used.

The VITROLIVE Programme guarantees mutual anonymity of personal and contact details, which means that VITROLIVE won't neither reveal the egg donor's personal details nor the couple's, who will receive the egg cells from her.

Vitrolive in Szczecin stores information about anonymous donors according to the contents of the Regulation of the Minister of Health from 20 October 2015 regarding the requirements, which need to be satisfied by quality assurance systems in medically assisted reproduction centres and embryo and gametes storage banks (Journal of Laws of 2005, item 1727). This information is passed on to the gametes and embryo donor register and is



objęte tajemnicą. Dane te mogą zostać udostępnione wyłącznie osobom uprawnionym i w zakresie wynikającym z przepisów ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności (Dz. U. z 2015 r., poz. 1087).

Zgodnie z kodeksem rodzinnym i opiekuńczym matką dziecka jest kobieta, która je urodziła, nawet jeśli ciąża była wynikiem zabiegu medycznego, polegającego na zapłodnieniu komórki jajowej pochodzącej od osoby trzeciej lub transferu zarodka pochodzącego od innej Pary. W przypadku powodzenia procedury będziecie więc Państwo pełnoprawnymi rodzicami. Należy jednak pamiętać o odmienności genetycznej matki i dziecka, co jest istotne w przypadku badań DNA.

Dawczyni nie pozna wyniku Państwa procedury. Niedopuszczalne jest zastosowanie w procedurze medycznie wspomaganą prokreacji komórek jajowych Dawczyni, jeśli w wyniku wcześniejszych procedur z dawstwem z jej gamet urodziło się już dziesięcioro dzieci.

1. Czas oczekiwania na komórkę jajową

Czas oczekiwania na procedurę zapłodnienia pozaustrojowego z komórką jajową Dawczyni zależy od zgodności fenotypowej z Dawczynią komórek jajowych i dostępności gamet w banku.

2. Skuteczność leczenia

Procedura zapłodnienia pozaustrojowego, w tym zapłodnienia pozaustrojowego z komórką jajową Dawczyni, charakteryzuje się wysoką skutecznością. Współczynnik ciąż uzyskiwanych metodą pozaustrojowego zapłodnienia wynosi ok. 30–40% i jest najwyższy wśród wszystkich metod stosowanych w leczeniu niepłodności, a nawet wyższy od współczynnika ciąż powstających naturalnie. Powodzenie leczenia zależy m.in. od wieku kobiety, od której komórki pochodzą, dlatego Dawczynie mają mniej niż 35 lat.

Procedura nie daje pewności uzyskania ciąży. Istnieje ryzyko braku implantacji zarodka/zarodków do błony śluzowej macicy. Nawet pozytywne ukończenie procesu zapłodnienia pozaustrojowego nie daje gwarancji pomyślnego przebiegu ciąży i porodu.

3. Hodowla i mrożenie zarodków

Po uzyskaniu zapłodnień zarodki hodowane są pozaustrojowo w podłożach umożliwiających ich rozwój do tzw. dnia transferu. Warunki hodowli zarodków są bardzo restrykcyjne – utrzymywana jest stała temperatura, stężenie dwutlenku węgla oraz optymalna wilgotność.

Mrożenia zarodków dokonuje się w zależności od liczby i jakości uzyskanych zarodków w 2-3 lub 5–6 dobie rozwoju. Statystycznie około 20–50% zarodków uzyskuje stadium blastocysty. Decyzję, które zarodki zostaną poddane procesowi mrożenia (witryfikacji) podejmuje embriolog.

Po rozmrożeniu zarodków możliwość uzyskania ciąży zależy od ich potencjału rozwojowego, jednakże jego

confidential. The data can only be made available to authorised persons and according to the regulations of the infertility treatment act from 25 June 2015 (Journal of Laws of 2005, item 1087).

According to the Family and Guardianship Code the mother of the child is always the woman, who gave birth to it, even if the pregnancy resulted from a medical procedure where the fertilised eggs cells originated from a third person or if an embryo donated by another couple was transferred. This means that if the treatment is successful, you will have full parental rights. Genetic differences between mother and child should be however borne in mind, as they will be relevant in DNA testing.

The donor will not be notified about the result of your procedure. Egg cells from donors whose gametes donation resulted in the birth of ten children are not used in medically assisted reproduction procedures.

1. Waiting times for egg cells

Waiting times for IVF treatments with donor eggs will depend on the number of procedures involving donation, the number of people on the waiting list and phenotypic resemblance with the egg donor.

2. The effectiveness of IVF treatment

IVF procedures, including those involving donated eggs, are characterised by a high degree of effectiveness. The percentage of pregnancies achieved through in vitro fertilisation methods equals ca. 30–40%, the highest result among all infertility treatment methods and is even higher than the percentage of pregnancies achieved naturally. A successful result depends amongst other factors on the age of the woman who donated the eggs and this is why our donors are under 35 years of age.

The procedure does not guarantee a pregnancy. There is a risk of the embryo(s) not implanting in the womb lining. Even a positive result of an in vitro fertilisation procedure does not guarantee a successful course of pregnancy and birth.

3. Embryo culture and freezing

After fertilisation, the embryos are stored outside the body under conditions promoting their development until the day of their transfer. The conditions for embryo cultures are highly restrictive - a constant temperature, carbon dioxide concentration as well as optimal humidity must be maintained at all times.

Embryo freezing is carried out depending on the number and the quality of obtained embryos on the 2-3 or the 5-6 day of their development. Statistically, ca. 20–50% of embryos reach the blastocyst stage. The embryologist decides which embryos should be selected for freezing (vitrification).

Following thawing, the chances of achieving a pregnancy will depend on the developmental



ocena metodami przyżyciowymi możliwa jest tylko w sytuacji stwierdzenia skrajnych zaburzeń budowy (morfologii) embrionu.

4. Transfer zarodków

Transfer polega na podaniu do jamy macicy zarodka/zarodków, zwykle jest bezbolesny i nie wymaga znieczulenia. Pacjentka układana jest w pozycji ginekologicznej. Lekarz przez szyjkę wprowadza cewnik z zarodkiem/zarodkami do jamy macicy i następnie delikatnie je wstrzykuje. Embriolog sprawdza pod mikroskopem czy cewnik jest pusty, aby upewnić się, że zarodki zostały wprowadzone do macicy. Pacjentka pozostaje na fotelu ginekologicznym jeszcze przez 10-15 min.

Dzień transferu określany jest na podstawie wskazań embriologicznych i klinicznych. Transfer może mieć miejsce w cyklu naturalnym lub wymagać wcześniejszego przygotowania farmakologicznego pacjentki. W dniu transferu nie wolno używać żadnych dezodorantów, wód toaletowych, perfum ani środków czystości o intensywnym zapachu. Przed transferem zaleca się wypić szklankę płynu, bowiem do połowy pełny pęcherz ułatwia transfer poprzez wyprostowanie macicy.

Do transferu przeznaczany jest jeden, dwa, a w uzasadnionych przypadkach trzy zarodki. Ma to na celu uzyskanie jak najwyższego odsetka ciąży przy zminimalizowaniu ryzyka ciąży wielopłodowych. W wyjątkowych sytuacjach liczba płodów może przekraczać liczbę podanych zarodków w wyniku ich samoistnego podziału w ustroju (np. nawet w przypadku transferu pojedynczego zarodka może mieć miejsce ciąża bliźniacza).

Możliwe jest odstąpienie od transferu zarodków w sytuacji stwierdzenia nieprawidłowości morfologicznych rzutuujących na możliwość ich prawidłowego rozwoju.

Kolejna procedura zapłodnienia pozaustrojowego z komórką jajową Dawczyni może być przeprowadzona dopiero po wykorzystaniu wszystkich zamrożonych zarodków. Transfer rozmrożonych zarodków nastąpi wyłącznie za obopólną zgodą pary.

4.1. Liczba transferowanych zarodków a ryzyko przebiegu ciąży i dla zdrowia kobiety

Odsetek dzieci poczętych z zastosowaniem technik rozrodu wspomaganego (IVF-ICSI) rodzących się z ciąży wielopłodowej stanowi 5–30%. Ciąża wielopłodowa określana jest „ciążą wysokiego ryzyka” ze względu na powikłania, jakie mogą występować w trakcie jej trwania oraz porodu. Wiąże się ona z podwyższonym ryzykiem dla zdrowia i życia matki i dziecka, szczególnie u kobiet będących w pierwszej ciąży. W ciąży wielopłodowej istnieje pięciokrotnie wyższe prawdopodobieństwo wystąpienia porodu przedwczesnego, a także samoistnego poronienia.

U dzieci z ciąży wielopłodowych o wiele częściej niż w przypadku ciąży pojedynczej obserwuje się powikłania okołoporodowe, powikłania neurologiczne, w tym

potential of the embryos; it is however only possible to assess them in vivo, if serious structural (morphological) defects are present.

4. Transfer of embryos after thawing

The transfer consists of passing the embryo/embryos into the uterine cavity; it's painless and does not require anaesthesia. The patient is placed in the gynaecological position. The catheter with the embryo(s) is inserted by the doctor through the cervix into the uterine cavity and then it/they are carefully injected. The embryologist checks under the microscope, if the catheter is empty to ensure that the embryos were introduced into the uterus. The patient remains in the gynaecological chair for another 10 to 15 minutes.

The day of the transfer is determined on the basis of embryological and clinical indicators. It can take place as part of the patient's natural cycle or it may require pharmacological preparation. On the day of surgery, you may not use any deodorants, colognes, perfumes or toiletries with a strong scent. Before the transfer, we advise to drink a glass of liquid, as a half-empty bladder makes the transfer easier by straightening the uterus.

Usually one or two and in some cases three embryos are transferred. The aim is to achieve the highest possible pregnancy rate while minimizing the risk of multiple pregnancies. In exceptional cases, the number of fetuses can exceed the number of transferred embryos as a result of their spontaneous division in the uterus (e.g. even if only one embryo was transferred, there is a chance of a multiple pregnancy).

It is possible to abandon the embryo transfer, if morphological abnormalities are detected, which might negatively impact on the healthy development of the embryo.

A subsequent procedure of in vitro fertilization with donor egg cell can be performed only after having used all frozen embryos. Transfer of thawed embryos will only take place with the mutual consent of the couple.

4.1. The number of transferred embryos and associated pregnancy and health risks for women

The percentage of children conceived with the help of ART methods (IVF-ICSI) and born as part of a multiple pregnancy is 5-30%. Multiple pregnancies are described as "high risk" due to complications which may occur prior and during the birth. They are associated with higher health risks for mother and child, especially for women who are pregnant for the first time. Multiple pregnancies carry a five times higher risk of premature birth and also spontaneous miscarriages.

Perinatal complications, neurological complications, including a five times higher risk of cerebral palsy, an increased risk of disabilities and also stillbirth are



FOR A LITTLE HUMAN HELP

pięciokrotnie większe ryzyko porażenia mózgowego, podwyższenie ryzyka niepełnosprawności, a także martwo urodzonych dzieci. Zwiększa się istotnie prawdopodobieństwo urodzenia noworodków o małej masie urodzeniowej <2,5 i 1,5 kg. U matki w przebiegu ciąży mnogiej zwiększa się także ryzyko wystąpienia nadciśnienia tętniczego, niedokrwistości i nasilonych objawów ciążyowych, nadciśnienia wywołanego ciążą, niewydolności cieśniowo-szyjkowej, przedwczesnego pęknięcia błon płodowych, wielowodzia oraz operacyjnego zakończenia ciąży. Ciąża bliźniacza związana jest z 2-krotnie wyższym ryzykiem wystąpienia wad wrodzonych w porównaniu z ciążą pojedynczą, w tym strukturalnych nieprawidłowości wrodzonych, głównie u bliźniąt monozygotycznych.

Zalecenia terapeutyczne przedstawione przez Europejskie Towarzystwo Rozrodu Człowieka i Embriologii (ESHRE) związane ze zmniejszeniem występowania ciąż wielopłodowych jako powikłań medycyny wspomaganego rozrodu, sugerują zredukowanie liczby transferowanych zarodków jako jedynej skutecznej metody. Na mocy przepisów i wytycznych elektywny transfer pojedynczego zarodka (eSET) stanowi już politykę transferu w części krajów Unii Europejskiej i USA.

W tym celu sugeruje się transferowanie jednego zarodka (SET) dobrej jakości w wybranych grupach pacjentek obejmujących: wiek kobiety poniżej 35 roku życia, liczbę wcześniejszych cykli IVF/ICSI (brak wcześniejszych niepowodzeń), jakość zarodków.

Aktualne badania wskazują, że łączenie elektywnego transferu pojedynczego zarodka (eSET) dobrej jakości z jednoczesnym mrożeniem pozostałych zarodków i późniejszym ich wykorzystaniem (FET) minimalizuje ryzyko ciąż wielopłodowych oraz pozwala osiągnąć wskaźnik urodzeń porównywalny do transferu dwóch zarodków (DET).

4.2. Postępowanie po transferze zarodków

Nie należy spożywać alkoholu ani palić tytoniu. Nie należy przebywać w warunkach szkodliwych. Można prowadzić normalną aktywność fizyczną i współżycie płciowe. Należy jednakże unikać intensywnego wysiłku i dźwigania. Przeciwwskazane jest również korzystanie z sauny i jacuzzi oraz gorące kąpiele. W określonych przypadkach lekarz może wprowadzić inne ograniczenia.

14 dni po transferze należy oznaczyć stężenie beta-hCG w surowicy krwi. Dalsze postępowanie zależy od wyniku testu ciążyowego.

5. Opłaty za Program zapłodnienia pozaustrojowego z komórką jajową dawczyni

Aktualny cennik za realizację procedury znajduje się na stronie internetowej www.vitrolive.pl. Odpłatność za procedurę następuje zgodnie z zapisami Umowy o odpłatności z tytułu zastosowania procedury medycznie wspomaganego prokreacji w dawstwie innym niż partnerskie - z komórką jajową anonimowej dawczyni.

much more prevalent in children born as a result of multiple pregnancies in comparison to singleton pregnancies. There is also an increased risk of giving birth to newborns with a low birth weight of <2.5 and 1.5 kg. Mothers pregnant with multiple babies are also at an increased risk to suffer from arterial hypertension, anaemia and more extreme pregnancy symptoms, gestational hypertension, cervical incompetence, preterm rupture of the membranes, excess of amniotic fluid in the amniotic sac as well as a surgically aided birth. Twin pregnancies are associated with a two times higher risk of congenital birth defects in comparison to singleton pregnancies, including congenital structural abnormalities, especially among monozygotic twins.

Medical recommendations issued by the European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE) regarding minimizing the risks of multiple pregnancies as complications resulting from ART procedures suggest the reduction of the number of transferred embryos as the only effective method. On the basis of legal provisions and guidelines, most EU countries and the USA have adopted the policy of elective single embryo transfer (eSET).

For this reason, we suggest the transfer of a single good quality embryo (SET) for certain groups of patients, such as: women under 35, those without prior unsuccessful IVF/ICSI attempts and those with good quality embryos.

Current research demonstrates that combining the elective transfer of a single good quality embryo transfer (SET) with the freezing of the remaining embryos for use in subsequent cycles (TET), minimalizes the risk of multiple pregnancies while producing comparable results to double embryo transfer (DET).

4.2. After the embryo transfer

Please don't drink or smoke. Avoid conditions that may be hazardous to health. You can be physically active and resume sexual intercourse. However, please avoid intensive activities and heavy lifting. The use of a sauna and Jacuzzi as well as taking a hot bath is also not advised. In some specific cases the doctor may suggest other restrictions.

Fourteen days after the transfer, the level of hCG in the blood serum is determined. Further treatment depends on the result of your pregnancy test.

5. Fees for the IVF programme with donor egg

The current price list for procedures can be found at www.vitrolive.pl. Payment for the procedure is made in accordance with the provisions of the Agreement for payment for the use of the medically assisted procreation procedure with donation other than a partner donation - with an egg cell of an anonymous donor.



FOR A LITTLE HUMAN HELP

Cena obejmuje: kwalifikację lekarską, dobór fenotypowy, opiekę koordynatora, przechowywanie komórek jajowych przez jeden rok kalendarzowy, preparatykę nasienia, zapłodnienie pozaustrojowe metodą ICSI komórek jajowych Dawczyni, hodowlę zarodków do 2-3 lub 5 dnia w systemie Time-lapse (Embryoscope/Primovision). Przed każdym transferem zarodka/zarodków pacjenci są zobligowani ponadto do wniesienia opłaty za transfer, zgodnie z aktualnym cennikiem.

Koszty Programu nie obejmują badań laboratoryjnych, badania i mrożenia nasienia, konsultacji lekarskich w związku z przygotowaniem do transferu zarodka/-ów, mrożenia i przechowywania zarodków oraz konsultacji i badań położniczych.

Ceny za przechowywanie zarodków w kolejnych latach kalendarzowych określa cennik udostępniony na stronie internetowej www.vitrolive.pl.

Zarodki są przechowywane przez okres wskazany w umowie na przechowywanie zarodków, nie dłuższy jednak niż 20 lat, licząc od dnia, w którym zarodki zostały przekazane do VITROLIVE w Szczecinie lub innego banku komórek rozrodczych i zarodków.

Nieuiszczenie w terminie opłaty za mrożenie i (lub) przechowywanie zarodków uprawniać będzie VITROLIVE w Szczecinie do naliczenia odsetek ustawowych. W takiej sytuacji VITROLIVE w Szczecinie zastrzega sobie także prawo do skontaktowania się z Parą w celu określenia planów, co do dalszego losu zarodków. Para nie może podjąć decyzji o usunięciu zarodków przez VITROLIVE w Szczecinie. Możliwe jest wyrażenie zgody na przekazanie zamrożonych zarodków dla innej anonimowej pary w ramach dawstwa zarodka. Zgoda może być wycofana, nie później jednak, niż do momentu rozpoczęcia u biorczynie procedury medycznie wspomaganego prokreacji, w której ma zostać zastosowany zarodek. W tej sytuacji, od momentu wyrażenia zgody, przechowywanie zamrożonych zarodków odbywa się nieodpłatnie.

Wszelkie decyzje Pacjentów, co do losu zarodków winny być zgodne z obowiązującymi obecnie i w przyszłości przepisami prawnymi. VITROLIVE w Szczecinie świadczy jedynie usługę związaną z ich przechowywaniem.

6. Zdrowie dzieci po in vitro

W chwili obecnej istnieją przesłanki sugerujące możliwość nieznacznie częstszego występowania niektórych wad genetycznych obejmujących zaburzenia chromosomalne, jak również mutacje u dzieci narodzonych w wyniku zapłodnienia pozaustrojowego. Prawdopodobnie jest to związane z wiekiem i (lub) możliwością dziedziczenia niektórych zaburzeń płodności zwłaszcza związanych z mutacjami i nieprawidłowościami w chromosomie Y, co powoduje, że w przypadku genetycznie uwarunkowanej niepłodności (nie zawsze możliwej do zdiagnozowania) potomek może odziedziczyć ten sam problem (zaburzenia płodności). W związku z powyższym, w przypadku ciąży po zapłodnieniu pozaustrojowym zaleca się wykonanie badań przesiewowych (prenatalnych) z krwi ciążarnej.

The price includes: medical qualification, phenotypic selection, coordinator's care, storage of oocytes for one calendar year, semen preparation, in vitro fertilization by ICSI method of donor's egg cells, embryo culture for 2-3 or 5 days in the Time-lapse system (Embryoscope / Primovision). Before each embryo(s) transfer, patients are also obliged to pay the transfer fee, according to the current price list.

The costs for the programme don't include laboratory tests and the testing and freezing of semen, medical appointments in relation to the preparation for the transfer of a thawed embryo(s) as well as midwife appointments and examinations.

The prices for embryo storage in subsequent calendar years are outlined in the price list available online at www.vitrolive.pl.

The embryos are stored for the period specified in the embryo storage agreement, which may however not exceed 20 years, starting from the day of their transfer to VITROLIVE in Szczecin or another gamete and embryo bank.

Failure to pay the fee for freezing and (or) storage of embryos before expiry of the deadlines will entitle VITROLIVE in Szczecin to charge statutory interest. In such an event, VITROLIVE in Szczecin also reserves the right to contact the couple to determine their plans with regards to the embryos' future. The couple is not authorised to make a decision about the disposal of embryos by VITROLIVE in Szczecin. It is possible to give consent to the transfer of frozen embryos to another anonymous couple as part of embryo donation. The consent can be withdrawn, however not after the recipient begins the medically assisted procreation procedure, for which the embryo was intended. In such an event, the storage of frozen embryos will be free of charge from the moment consent has been given.

All decisions by Patients regarding the embryos' fate shall be consistent with the current or future legal provisions. VITROLIVE in Szczecin only provides a service by storing them.

6. The health of children conceived in vitro

There is currently some evidence suggesting that some genetic defects, including chromosomal abnormalities as well as mutations, may be slightly more prevalent in children born as a result of IVF. This is probably due to the partners' age at the time of the procedure and (or) the possibility of inheriting certain fertility defects, in particular those relating to mutations and chromosome Y irregularities, which in cases of genetically determined fertility (which is not always possible to diagnose) may result in the descendants inheriting the same problem (fertility disorders). For the above reasons, screening (antenatal) blood tests are advisable, if an IVF treatment results in a pregnancy.



7. Możliwe działania niepożądane

Przeprowadzona procedura zapłodnienia pozaustrojowego z komórką jajową dawczyni wiązać się może z powikłaniami wynikającymi z przebiegu ciąży (nieznacznie zwiększone ryzyko poronień, ciążę pozamaciczne, ciąża wielopłodowa, poród przedwczesny zwłaszcza w przypadku ciąży wielopłodowej, ryzyko wad u płodu).

III. POLITYKA DOTYCZĄCA DAWSTWA W VITROLIVE

Dawstwo komórek jajowych to forma dobrowolnej pomocy udzielanej przez kobietę nieplodnej Parze. Polega ona na tym, że zdrowa kobieta oddaje swoje gamety kobiecie, która nie może mieć dzieci. W VitroLive Program Dawstwa funkcjonuje w dwóch odmianach: jako dawstwo honorowe oraz dawstwo typu egg sharing.

1. Charakterystyka rodzajów dawstwa

W dawstwo honorowe mogą zaangażować się pełnoletnie kobiety, które nie ukończyły 35 r.ż., prowadzą zdrowy tryb życia i świadomie chcą przekazać swoje komórki na rzecz potrzebujących Par. Vitrolive współpracuje z Ovobank w Hiszpanii (OVAVIT S.L.) przy pozyskiwaniu komórek jajowych w ramach anonimowego dawstwa komórek rozrodczych.

W przypadku Programu Dawstwa Komórek Jajowych typu egg sharing komórki jajowe przekazywane są przez kobiety, które podczas swojego leczenia z zastosowaniem metody in vitro, decydują się oddać część swoich komórek jajowych innym potrzebującym. Pacjentki nie ryzykują przy tym spadkiem skuteczności swojego leczenia, bowiem przekazują tylko tzw. „nadliczbowe” komórki jajowe, czyli te, które nie zostały wykorzystane w „ich” procedurze. Zgodnie z art. 9 ustawy o leczeniu niepłodności z dnia 25 czerwca 2015 r. (Dz. U. z 2015 r., poz. 1087) zapłodnieniu pozaustrojowemu w przypadku kobiet poniżej 35 r. ż. poddanych zostaje maksymalnie 6 komórek jajowych. Czasami, w wyniku punkcji (będącej elementem leczenia), uzyskuje się więcej komórek jajowych niż liczba, jaką można wykorzystać w procesie leczenia danej Pacjentki. Właśnie te dodatkowe komórki może ona dobrowolnie przekazać innym Parom starającym się o potomstwo.

2. System rekrutacji Dawczyń

Kobiety zainteresowane dawstwem honorowym lub Pacjentki VITROLIVE zgłaszają się do Programu Dawstwa dobrowolnie. Za pobrane od Dawczyni komórki rozrodcze nie można żądać ani przyjmować zapłaty, innej korzyści majątkowej lub osobistej. Zgodnie z art. 28 ustawy o leczeniu niepłodności z dnia 25 czerwca 2015 r. (Dz.U. z 2015 r., poz. 1087) kobieta, która podejmuje decyzję o przekazaniu swoich komórek jajowych innej Parze może otrzymać zwrot kosztów związanych z pobraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, dystrybucją i zastosowaniem gamet.

Kwalifikacja do Programu Dawstwa komórek jajowych jest uzależniona od wyniku konsultacji specjalistycznych. Ich celem jest poznanie ogólnego stanu zdrowia kobiety, ewentualnych chorób i problemów zdrowotnych lub urazów, a także poznanie przeszłości ginekologicznej i położniczej. Potencjalna Dawczyni poddana jest następującym badaniom:

7. Possible side effects

An IVF procedure with donor egg may be associated with side effects in the course of the pregnancy (slightly increased risk of miscarriage, ectopic pregnancies, multiple birth, preterm birth, especially in multiple pregnancies, risk of birth defects).

III. DONATION POLICY AT VITROLIVE

Egg donation consists of voluntary help by a woman to an infertile couple. A healthy woman donates her gametes to another woman who is unable to have children. At VitroLive we have two different types of donation as part of the Donation Programme: voluntary donation and egg sharing.

1. The characteristics of the two donation types

Voluntary donation is open to women who are of legal age, but not older than 35, are leading a healthy life style and wish to voluntarily donate their egg cells to couples who need them. Vitrolive cooperates with Spanish Ovobank (OVAVIT S.L.).

In the case of the “egg sharing” type of the Egg Donation Programme, the egg cells are donated by women who decide in the course of their treatment with IVF methods to donate some of their eggs to those who need them. This doesn't mean that the patients are compromising a positive outcome of their own treatment because only the so called “excess” egg cells are donated – those not used in their own treatment. According to Article 9 of the infertility treatment act from 25 June 2015 (Journal of Laws of 2005, item 1087) a maximum of 6 egg cells can be used for in vitro fertilisation for women under 35. In some cases, the egg collection (which is part of the treatment) results in a higher number of egg cells than can be used for the treatment of a patient. These “excess” egg cells can be then donated to other couples who are struggling to have children.

2. Donor recruitment

Women interested in becoming voluntary donors or **VITROLIVE** patients can express their interest in the Donation Programme. It is not possible to request or accept payment or any other financial or personal benefits for gametes collected from a donor. According to Article 28 of the infertility treatment act from 25 June 2015 (Journal of Laws of 2005, item 1087), a woman who decides to donate her egg cells to another couple can be reimbursed for costs relating to the collection, storage, processing, distribution and transfer of gametes.

The decision who qualifies for the egg donation programme depends on the result of specialist consultations. The candidate is requested to attend gynaecological, medical and psychological appointments. Their aim is to determine the woman's general health, some potential diseases and health problems or injuries as well as to get to know her



badanie przedmiotowe, badanie ginekologiczne, badanie ultrasonograficzne, w określonych przypadkach EKG. Ponadto jest ona poproszona o oddanie krwi na badania laboratoryjne, w tym: anti-HIV-1,2, anti-HCV, HBs, VDRL, grupa krwi, TSH, Chlamydia trachomatis, test ciążowy, morfologię, AMH, kariotyp, CFTR, a w uzasadnionych przypadkach również na badania w kierunku obecności przeciwciał HTLV-I, malarii, wirusa CMV, pierwotniaka T. cruzi i mutacji w genach recesywnych, charakterystycznych dla grupy etnicznej Dawczyni lub w związku z występowaniem danej choroby dziedzicznej w jej rodzinie. W przypadku nieaktualnego wyniku cytologii – pobrane są od niej próbki materiału biologicznego z szyjki macicy.

Jeśli nie ma przeciwwskazań zdrowotnych, rozpoczyna się przygotowanie Dawczyni do pobrania komórek. Stymulacja hormonalna trwa około 10 dni i polega na podawaniu preparatów zawierających gonadotropiny (FSH lub FSH/LH). W efekcie dochodzi do wzrostu i dojrzewania zwykle kilku - kilkunastu pęcherzyków jajnikowych, a nie jednego, jak to ma miejsce w cyklu naturalnym.

Sam zabieg pobrania komórek jajowych odbywa się metodą punkcji pęcherzyków jajnikowych i realizowany jest ambulatoryjnie, tzn. nie wymaga pobytu w szpitalu. Pobrane komórki jajowe trafiają do banku komórek jajowych, a Dawczyni w przyszłości może ponownie zgłosić się do Programu Dawstwa. Limit biologiczny przypadający na jedną Dawczynię to nie więcej niż 10 dzieci urodzonych z jej komórek jajowych w ramach dawstwa innego niż partnerskie.

IV. INFORMATOR PRAWNY

Niniejszy informator ma na celu przedstawienie i omówienie aktualnych przepisów z zakresu prawa rodzinnego i opiekuńczego. Znajomość tychże zagadnień pozwoli Państwu na w pełni świadome podejście do procedury zapłodnienia pozaustrojowego.

Przepisy prawa polskiego

Kwestię macierzyństwa reguluje art. 61(9) kodeksu rodzinnego i opiekuńczego (dalej: k.r.o), wedle którego Matką dziecka jest kobieta, która je urodziła.

Kwestię ojcostwa w przypadku małżeństwa reguluje art. 62 § 1 i 2 k.r.o., w myśl którego Jeżeli dziecko urodziło się w czasie trwania małżeństwa albo przed upływem trzystu dni od jego ustania lub unieważnienia, domniemywa się, że pochodzi ono od męża matki.

W przypadku związków partnerskich (pozamałżeńskich) należy rozróżnić dwie sytuacje – mianowicie kwestię ojcostwa przy procedurze medycznie wspomaganey prokreacji w dawstwie partnerskim oraz w dawstwie innym niż partnerskie.

W pierwszej sytuacji, tj. w dawstwie partnerskim ustalenie ojcostwa następuje albo przez uznanie ojcostwa na podstawie art. 73 § 1 k.r.o. albo na mocy orzeczenia sądu. Zgodnie z art. 73 § 1 k.r.o.: Uznanie ojcostwa następuje, gdy mężczyzna, od którego dziecko pochodzi, oświadczy przed kierownikiem urzędu stanu cywilnego, że jest ojcem dziecka, a

gynaecological and reproductive history. The potential donor has to undergo the following tests: physical examination, gynaecological examination, ultrasound and in some cases ECG. In addition, she is asked to give blood for laboratory tests, including: anti-HIV1,2, anti-HCV, HBs, VDRL, blood group, TSH, Chlamydia trachomatis, pregnancy test, morphology, AMH, karyotype, CFTR and in justified cases also tests for the presence of antibodies to HTLV-I, malaria, CMV virus, parasite Trypanosoma cruzi, mutations of autosomal recessive genes, which are characteristic for the donor's ethnic group or connected to the occurrence of a hereditary disease in her family. If her smear test is not up to date, biological tissue samples will be collected from her cervix.

If there are no medical contraindications, the preparation of the donor for egg collection can begin. The hormonal stimulation lasts for ca. 10 days and involves the administration of products containing gonadotropins such as FSH or FSH/LH. This results in the growth and maturation of a few to several follicles instead of a single one like during a natural cycle.

The actual process of egg collection is done through transvaginal retrieval from the ovaries and is carried out on an inpatient basis, a hospital stay is not required. The collected egg cells are stored at the egg cell bank and the donor can participate in the programme again in the future.

The biological limit per donor cannot exceed 10 children born as a result of her egg donation as part of non-partner donation.

IV. LEGAL INFORMATION BROCHURE

The aim of this information brochure is to introduce and discuss the current legislation with regards to family and guardianship law. Being familiar with relevant issues will enable you to approach the in vitro fertilisation procedure with full awareness.

Polish legislation

The question of maternity is defined by Article 61(9) of the Family and Guardianship Code and states that the child's mother is the woman, who gave birth to it.

The question of paternity is regulated by Article 62 § 1 and 2 of the Family and Guardianship Code stating that if a child was born in the course of a marriage or in the period of time not exceeding three hundred days from the dissolution of marriage annulment, it shall be presumed that is a child of the mother's husband.

If the partners are not married, a distinction must be made between two different scenarios - the question of paternity in medically assisted procreation procedures with partner donation and non-partner donation.

In the first case of the so called partner donation, paternity is determined in accordance with Article 73 § 1 of the Family and Guardianship Code or by virtue of a court order. Pursuant to Article 73 § 1 of the Family and Guardianship Code, acknowledgment of paternity takes place when the man from whom the child descends, declares before the head of



FOR A LITTLE HUMAN HELP

matka dziecka potwierdzi jednocześnie albo w ciągu trzech miesięcy od dnia oświadczenia mężczyzny, że ojcem dziecka jest ten mężczyzna.

W drugiej sytuacji tj. w dawstwie innym niż partnerskie, zastosowanie znajduje przepis art. 75¹ § 1 k.r.o., który obowiązuje partnera pacjentki do złożenia oświadczenia przed kierownikiem urzędu stanu cywilnego, że będzie ojcem dziecka, które urodzi się w następstwie procedury medycznie wspomaganąj prokreacji z zastosowaniem komórek rozrodczych pochodzących od anonimowego dawcy albo z zarodka utworzonego z komórek pochodzących od anonimowego dawcy albo z dawstwa zarodka. Uznanie ojcostwa następuje z dniem urodzenia się dziecka. Nadmienić należy, że zgodnie z art. 75¹ § 2 k.r.o. Oświadczenia są skuteczne, jeżeli dziecko urodziło się w następstwie procedury medycznie wspomaganąj prokreacji (...), w ciągu dwóch lat od dnia złożenia oświadczenia przez mężczyznę.

W praktyce oznacza to, iż:

a) matką dziecka jest zawsze kobieta, która je urodziła, nawet jeśli ciąża była wynikiem zabiegu medycznego, polegającego na zapłodnieniu komórki jajowej pochodzącej od osoby trzeciej (dawczyni) lub transferu zarodka pochodzącego od innej pary. Tak więc ani dawczyni komórki jajowej, ani kobieta przekazująca zarodek nie mają praw rodzicielskich do dziecka. Prawa te posiada wyłącznie kobieta, która dziecko urodziła.

b) domniemanym ojcem dziecka jest mąż kobiety, która urodziła dziecko, a w przypadku związków partnerskich - mężczyzna, który uznał swoje ojcostwo, albo złożył oświadczenie, iż będzie ojcem dziecka, które urodzi się w wyniku procedury medycznie wspomaganąj prokreacji.

W przypadku, gdy dziecko zostało poczęte w następstwie zabiegu medycznego, na który to zabieg oboje małżonkowie wyrazili świadomą zgodę, ani pacjentka ani jej mąż nie mają prawa do zaprzeczenia ojcostwa i dochodzenia ustalenia ojcostwa biologicznego

W przypadku par pozostających w związku partnerskim, wyłączona jest możliwość ustalenia bezskuteczności uznania ojcostwa, jeżeli dziecko urodziło się w następstwie procedury medycznie wspomaganąj prokreacji.

W celu identyfikacji dawców i biorczyń komórek rozrodczych przekazanych w celu dawstwa innego niż partnerskie oraz dawców i biorczyń zarodków oraz w celu monitorowania procesu medycznie wspomaganąj prokreacji utworzono rejestr dawców komórek rozrodczych i zarodków, zwany dalej „rejestrem”. Administratorem danych gromadzonych w rejestrze jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Dane gromadzone w rejestrze są objęte tajemnicą i mogą być udostępniane wyłącznie osobom uprawnionym i w zakresie wynikającym z przepisów ustawy o leczeniu niepłodności z dnia 25 czerwca 2015 (Dz. U. z 2015 r., poz. 1087), tj.:

1) roku, miejscu urodzenia i stanu zdrowia dawcy/dawców przez osobę urodzoną w wyniku

register office that he is the child's father and the child's mother confirms that he is the child's father at that time or within three months from the date of the man's declaration.

In the second case of non-partner donation, provisions of Article 751 § 1 of the Family and Guardianship Code apply, obliging the patient's partner to declare before the head of register office that he intends to be the father of the child who will be born as a result of a medically assisted procreation procedure with anonymous donor sperm or an embryo created with gametes from an anonymous donor or an anonymous donation. The acknowledgment of paternity takes place on the day of the child's birth. It should be mentioned that according to Article 751 § 1 of the Family and Guardianship Code the declarations can be considered effective, if the child was born as a result of a medically assisted procreation procedure (...) within two years from the day the declaration was made by the male partner.

In practice, this means that:

a) The mother of the child is always the woman, who gave birth to it, even if the pregnancy resulted from a medical procedure where the fertilised eggs cells originated from a third person (a donor) or if an embryo donated by another couple was transferred. This means that neither the egg donor nor the woman donating the embryo have any parental rights over the child. Only the woman, who gave birth to the child has parental rights.

b) The alleged father of the child is the husband of the woman, who gave birth to it and in the case of unmarried couples, the man who acknowledged his paternity or made a declaration that he will be the father of the child, who will be born as a result of a medically assisted procreation procedure.

If the child was conceived as a result of a medical procedure to which both partners gave their informed consent, neither the female patient nor her husband have the right to deny paternity and to try to determine the biological father.

Unmarried couples are not able to withdraw the acknowledgement of paternity, if the child was born as result of a medically assisted procreation procedure.

To enable the identification of donors and recipients of gametes, which were transferred for non-partner donation and donors and recipients of embryos as well as to monitor the process of medically assisted procreation, a gametes and embryo donor register has been created, hereafter referred to as the "register." The administrator of the data collected in the register is the minister of health.

The data collected in the register is confidential and can only be made available to authorised persons and within the context of the regulations determined by the infertility treatment act from 25 June 2015 (The Journal of Laws from 2015, item 1087), i.e.

1) the year, place of birth and health status of the donor(s) to persons born as a result of an ART



FOR A LITTLE HUMAN HELP

procedury ART w wyniku dawstwa gamet innego niż partnerskie lub dawstwa zarodka, po osiągnięciu pełnoletniości

2) stanu zdrowia dawcy/dawców przez przedstawiciela ustawowego dziecka w przypadku zagrożenia jego życia lub zdrowia na podstawie wskazań lekarza prowadzącego leczenie dziecka.

Zgodnie z treścią art. 30 ust.1, pkt. 5 ustawy z dnia 25 czerwca 2015 r. o leczeniu niepłodności – dawca komórek rozrodczych nie ma dostępu do informacji o dalszym postępowaniu z przekazanymi komórkami, jak również nie ma jakichkolwiek praw do dziecka, które urodzi się w wyniku procedury medycznie wspomaganą prokreacji z wykorzystaniem tych komórek.

V. ASPEKTY PSYCHOLOGICZNO-SPOŁECZNE DAWSTWA I BIORSTWA

Programy wsparcia terapeutycznego dla Dawczyń oraz Biorców w VITROLIVE prowadzone zgodnie z treścią wytycznych ESHRE Special Interest Group Psychology and Counselling.

W przypadku dawczyń honorowych Koordynator Programu Dawstwa oraz terapeuta:

- Informują Dawczynię o przebiegu procedury donacji i konsekwencjach, jakie niesie ze sobą przekazanie komórek jajowych
- Oceniają poziom motywacji i zdolności radzenia sobie z niepewnością i stresem w trakcie procesu donacji jajeczek, a także weryfikują oczekiwania i poziom realizmu Dawczynie odnośnie samego dawstwa
- Komunikują Dawczynie, jak wykorzystane zostaną jej komórki i tłumaczą, jak ważne jest jej konsekwentne trwanie w decyzji bez naciskania na nią
- Oceniają zgodę i wsparcie partnera Dawczynie.

U Dawczyń z Programu egg-sharing Koordynator Programu Dawstwa oraz terapeuta:

- Oceniają z Dawczynią wpływ donacji na jej leczenie i przepracowują, co praktycznie oznacza anonimowe przekazanie swoich gamet innym Parom
- Szczególną uwagę zwracają na Pacjentki, które ofiarują swoje jajeczka innej Parze z powodów finansowych, gdyż ich wolność decyzyjna jest ograniczona przez potrzebę zewnętrzną

Biorcy korzystający z pomocy Dawczyń są informowani o znaczeniu i konsekwencjach anonimowej donacji. Tłumaczy się im, że dobór Dawczynie może dotyczyć tylko pewnych parametrów i muszą być przygotowani na czas oczekiwania i niepewności. Otrzymują także informację, że w przypadku zabiegów z użyciem komórek jajowych, jeśli Dawczynie nie będzie w stanie przekazać wymaganej liczby gamet, wykonanie procedury zapłodnienia zostanie przesunięte w czasie.

Wszystkim osobom rozważającym wykorzystanie Programu Biorstwa Komórek Jajowych VITROLIVE polecamy zapoznanie się z materiałami poradnikowymi dostępnymi na stronie www.vitrolive.pl.

procedure with non-partner donation or embryo donation, once they reach the legal age

2) the health status of the donor(s) by a legal guardian of a child whose life or health is in danger, as indicated by the child's doctor.

Pursuant to Article 30 (1), item 5 of the infertility treatment act from 25 June 2015, donors of gametes have neither access to information about what happens with the donated gametes nor any rights to children born as result of medically assisted procreation procedures, in which the gametes were used.

V. SOCIO-PSYCHOLOGICAL ASPECTS FOR DONORS AND RECIPIENTS

Therapeutic support programmes for donors and recipients at VITROLIVE follow the ESHRE Special Interest Group Psychology and Counselling guidelines.

In the case of voluntary donors, the Donation Programme co-ordinator and the therapist will:

- Inform the donors about the donation procedure and the consequences of donating egg cells
- Assess the level of motivation and the ability to cope with uncertainty and stress in the process of egg donation and also verify the expectations and how realistically the donor approaches the donation
- Communicate to the donor how her cells will be used and explain how important it is to stick to her decision without putting her under pressure
- Assess the level of acceptance and support by the donor's partner.

In the case of egg-sharing donors, the Donation Programme co-ordinator and the therapist will:

- Together with the donor assess the impact of her donation on her treatment and outline what giving an anonymous "present" to another couple means in practice
- Focus their attention on patients who offer their eggs to another couple for financial reasons, as their ability to make an informed decision is compromised by an external need.

The recipients who benefit from the support of donors as part of the egg-sharing programme will be informed about the significance and the consequences of anonymous donation. It will be explained to them that the selection of a donor can be done only according to some parameters and that they have to be prepared for a time of waiting and uncertainty. They will also be informed that if in the case of procedures with donor eggs, the donor will not be able to donate the required number of gametes, the IVF treatment will have to be postponed.

We recommend to everyone who is interested in the VITROLIVE Egg Donation Recipient Programme to review the guidance material available online at www.vitrolive.pl.



FOR A LITTLE HUMAN HELP

ICSI-OD – TREATMENT PHASES

<p>1. AN APPOINTMENT AT VL OR A PHONE CONSULTATION</p>	<p>MEDICAL QUALIFICATION</p> <ul style="list-style-type: none"> A doctor at Vitrolive orders laboratory tests (test panel as for the 1st IVF/ICSI procedure). Tests can be performed in Vitrolive or in another laboratory. 	<p>DOCTOR PATIENT</p>
<p>2. WITHOUT AN APPOINTMENT</p>	<p>CONSENT FORMS AND AGREEMENT</p> <ul style="list-style-type: none"> The ICSI-OD Programme Coordinator will provide you with the set of required consent forms and agreements through the Patient Portal. First of all, read and sign the ICSI-OD payment agreement. Send a scan of the signed agreement by e-mail to the Programme Coordinator, the original copy shall be submitted to the clinic in person during the next appointment or sent by post. <p>DONOR SELECTION</p> <ul style="list-style-type: none"> In order to select an egg cell Donor in compliance with your phenotypic traits, please complete form titled "VL-Phenotypic data" available at the Patient Portal. It is important that the form is completed separately by female and male patient, using your independent, individual accounts. Please contact the reception desk in case you do not have accounts at the Portal. Since the system does not inform about submission of a new document, please inform the Programme Coordinator (by phone or e-mail) about having completed forms and provided data. Your phenotypic data will be anonymously sent to the egg bank. Vitrolive has their own reproductive cell bank and also cooperates with Ovobank in Spain. Phenotypic compatibility between you and the egg cell Donor will be verified by a Vitrolive doctor. After the phenotypic compatibility is confirmed, you will be asked to make the payment, i.e. the compensation of the cost of obtaining egg cells and transporting them to Vitrolive. The payment is settled between you and the bank which provided the cells. When the payment is posted, egg cells are transported from the bank to Vitrolive. 	<p>COORDINATOR PATIENT</p>
<p>3. AN APPOINTMENT AT VL, SEMEN FREEZING</p>	<p>ICSI-OD PREPARATION</p> <ul style="list-style-type: none"> During an appointment at Vitrolive you will be asked to sign the ICSI-OD consent form. The consent form shall be signed in the presence of a doctor after having obtained answers to all your questions. If you are not married, you will be additionally obliged to provide a declaration of paternity acknowledgement issued by a registry office. <p>FEMALE PATIENT</p> <ul style="list-style-type: none"> A Vitrolive doctor orders laboratory tests (test panel as for the ET/FET). The doctor may perform an ultrasound examination to evaluate the endometrium and eliminate contraindications for embryo transfer. Preparation for the transfer may include taking medication recommended by the Vitrolive doctor. <p>MALE PATIENT</p> <ul style="list-style-type: none"> Frozen semen of the husband/partner is used in the ICSI-OD procedure; therefore, you will be asked to sign a semen freezing consent form and a semen storage agreement (the documents shall be signed in the presence of a Vitrolive doctor). 	<p>DOCTOR PATIENT</p>
<p>4. ULTRASOUND IN VL OR IN ANOTHER FACILITY</p>	<p>USG</p> <ul style="list-style-type: none"> During preparation to embryo transfer the female patient will have a so-called monitoring ultrasound examination. The ultrasound examination can be performed in Vitrolive or in any facility in the place of residence. If the ultrasound examination is performed outside Vitrolive, a phone consultation shall be arranged with your doctor with the aim of making further decisions regarding treatment. If there are no contraindications, the doctor will instruct the IVF laboratory to perform the ICSI-OD procedure. 	<p>DOCTOR PATIENT</p>
<p>5. WITHOUT AN APPOINTMENT</p>	<p>ICSI-OD</p> <ul style="list-style-type: none"> The process of in vitro fertilization with the use of the Donor's egg will take place on a strictly defined day, according to the doctor's instructions. Please make the payment before the ICSI-OD fertilization procedure. The embryos are cultured in the Time-lapse system to the 3rd of 5th day. 	<p>EMBRYO-LOGIST</p>
<p>6. AN APPOINTMENT AT VL</p>	<p>EMBRYO/S TRANSFER</p> <ul style="list-style-type: none"> An embryologist will inform you about the number and class of obtained embryos and arrange the date of their transfer. Embryos which are not transported to the uterine cavity will be frozen and stored in the Vitrolive bank. Please remember about payments for embryo storage for time defined in the agreement (up to 20 years). 	<p>DOCTOR EMBRYO-LOGIST PATIENT</p>