



**ADOPCJA PRENATALNA
INFORMATOR O ZASTOSOWANIU ZARODKÓW Z
DAWSTWA ZARODKÓW**

**EMBRYO ADOPTION
INFORMATION BROCHURE
FOR USING DONATED EMBRYOS**

**I. PROCEDURA TRANSFERU ZARODKÓW
PRZEKAZANYCH DO DAWSTWA ZARODKA**

Pary zakwalifikowane do procedury obejmującej transfer zarodków przekazanych do dawstwa zarodka zobligowane są do:

- Podpisania formularza świadomej zgody na udział w w/w procedurze medycznie wspomaganego prokreacji
- Przekazania swoich danych fenotypowych
- Wykonania niezbędnych badań i analiz laboratoryjnych przez biorknię zarodków
- Transferu zarodków. Zabieg transferu zwykle jest bezbolesny i nie wymaga dłuższego pobytu w klinice.

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 znajdują na stronie www.vitrolive.pl.

**I. EMBRYO TRANSFER PROCEDURE WITH
DONATED EMBRYOS**

Couples who qualify for a procedure involving embryo transfer with donated embryos are obliged to:

- Sign an informed consent form for undergoing a medically assisted reproduction
- Provide your phenotypic data
- Undergo the necessary examinations and laboratory analyses (the embryo recipient)
- Embryo transfer. The transfer procedure is usually not painful and does not require a prolonged stay at the clinic.

It is advisable to consult the decision regarding embryo adoption with a psychologist specialising in infertility during a private session or through a different form of psychological counselling (e.g. workshops, a support group). For more information please visit www.vitrolive.pl.



1. Konsultacje i badania specjalistyczne

Podczas wizyty wstępnej lekarz prowadzący oceni ogólny stan Pani zdrowia, zada pytania dotyczące ewentualnych chorób i problemów zdrowotnych lub urazów, a także przeszłości ginekologicznej i położniczej. Zostanie Pani poddana następującym badaniom: badanie przedmiotowe, badanie ginekologiczne, badanie ultrasonograficzne.

Przed procedurą transferu zarodka/-ów zostaną wykonane badania laboratoryjne w kierunku: anti-HIV-1,2; anti-HCV-Ab; VDRL; toksoplazmoza; Chlamydia trachomatis. Ponadto zostanie wykonane badanie cytologiczne, czystości pochwy oraz badanie przeciwciał różyczki. W uzasadnionych przypadkach lekarz zleci wykonanie dodatkowych badań.

2. Skuteczność leczenia

Procedura transferu zarodków utworzonych z komórek rozrodczych w wyniku zapłodnienia pozaustrojowego 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, a także od wieku biorkownicy zarodka.

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. Transfer rozmrożonych zarodków

Transfer polega na podaniu do jamy macicy zarodka/zarodków, 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 szklanekę 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 ciąż przy zminimalizowaniu ryzyka ciąż 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).

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.

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.

2. The effectiveness of treatment

The procedure of transferring embryos created from gametes as part of IVF treatment is characterised by a high degree of effectiveness. The rate of pregnancies achieved through in vitro fertilisation equals ca. 30-40% and ranks highest among all infertility treatment methods. It is even higher than the rate of naturally achieved pregnancies. A successful result is partially dependent on the age of the woman who donated the eggs as well as the age of the recipient.

The procedure does not guarantee a pregnancy. There is a risk that the embryo(s) might not implant 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. 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).



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

3.1. 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 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 cięśniowo-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 ciąży 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 ciąży wielopłodowych oraz pozwala osiągnąć wskaźnik urodzeń porównywalny do transferu dwóch zarodków (DET).

W przypadku transferu rozmrożonych zarodków przekazanych do dawstwa zarodka, liczba transferowanych zarodków jest determinowana liczbą zamrożonych zarodków w danej słonce.

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

3.1. 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 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 minimalizing 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).

In the case of thawed embryos from embryo donation, the number of transferred embryos is determined according to the number of frozen embryos per straw.



3.2. 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 ciążowego.

3.3. Przeciwwskazania do transferu zarodków

Transfer zarodków jest niedopuszczalny, jeżeli:

- 1) Dawcy zarodków, w formie pisemnej, wycofali zgodę na przekazanie zarodków (wycofanie zgody przez dawców zarodka może nastąpić do momentu rozpoczęcia u Pacjentki (biorczyni) procedury medycznie wspomaganego zapłodnienia, w której ma zostać zastosowany zarodek);
- 2) Pacjentka (biorczyni), w formie pisemnej, wycofała zgodę na przeniesienie zarodka;
- 3) Mąż Pacjentki (biorczyni) nie wyraził zgody na przeniesienie zarodka;
- 4) Partner Pacjentki (biorczyni) nie złożył oświadczenia zgodnie z art. 75¹ § 1 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego albo jeżeli pomiędzy datą złożenia tego oświadczenia a datą przeniesienia zarodków do organizmu Pacjentki (biorczyni) upłynęło 14 miesięcy;
- 5) Istnieją przeciwwskazania medyczne do przeniesienia zarodków do organizmu Pacjentki (biorczyni).

4. Opłaty za Program adopcji prenatalnej

Program adopcji prenatalnej realizowany jest zgodnie z aktualnym cennikiem.

Cena Programu obejmuje: kwalifikację lekarską, dobór fenotypowy dawców, do 3 wizyt lekarskich, badania diagnostyczne (HIV, HCV, HBS, VDRL, Chlamydia trachomatis (DNA), badanie czystości pochwy, PRG, beta-hCG), Assisted Hatching, transfer rozmrożonego zarodka (FET), EmbryoGlue, opiekę koordynatora, opiekę psychologiczną (do dnia transferu zarodka). Odpłatność za procedurę następuje po kwalifikacji lekarskiej, nie później niż dzień przed zaplanowanym transferem zarodka/-ów. Pacjenci ponoszą ponadto dodatkowe koszty związane z nadprogramowymi wizytami lekarskimi, dodatkowymi badaniami i analizami laboratoryjnymi, zakupem leków oraz związane z przechowywaniem zarodków do czasu ich wykorzystania.

5. 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

3.2. 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.

3.3. Contraindications for embryo transfer

The embryo transfer will be abandoned, if:

- 1) The embryo donors withdraw their consent for embryo donation in writing (the withdrawal of consent by embryo donors can take place before the patient (recipient), for whom the embryo was intended begins her medically assisted reproduction procedure);
- 2) The patient (recipient) withdraws her consent for embryo transfer in writing;
- 3) The husband of the patient (recipient) did not give his consent for embryo transfer;
- 4) The partner of the patient (recipient) did not make a declaration pursuant to Article 751 (1) of the Family and Guardianship Code or if 14 months have passed between the date when this declaration was made and the date of embryo transfer into the patient's body;
- 5) There are medical contraindications for embryo transfer into the patient's (recipient's) body.

4. The fees for embryo transfer with donated embryos

The prenatal adoption program is carried out in accordance with the current price list.

The program price includes: medical qualification, donor phenotypic selection, up to 3 medical appointments, diagnostic tests (HIV, HCV, HBS, VDRL, Chlamydia trachomatis (DNA), vaginal cleanliness test, PRG, beta-hCG), Assisted Hatching, frozen embryo transfer (FET), EmbryoGlue, coordinator's care, psychological care (until embryo transfer). The payment for the procedure takes place after the medical qualification, no later than the day before the scheduled embryo transfer. Patients also cover additional costs related to additional medical appointments, additional tests and laboratory analyses, purchase of drugs and embryo storage of the until they are used.

5. 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



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 ciężarnej.

6. Możliwe działania niepożądane

Przeprowadzona procedura transferu zarodka/-ów wiązać się może z powikłaniami wynikającymi z przebiegu ciąży (nieznacznie zwiększone ryzyko poronień, ciąży pozamaciczne, ciąża wielopłodowa, poród przedwczesny zwłaszcza w przypadku ciąży wielopłodowej, ryzyko wad u płodu).

II. 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 wspomaganą 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 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 obliguje partnera pacjentki do złożenia oświadczenia przed kierownikiem urzędu stanu cywilnego, że będzie ojcem dziecka, które urodzi się w następstwie procedury medycznie wspomaganą 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.

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.

6. 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).

II. 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 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.



FOR A LITTLE HUMAN HELP

Oświadczenia są skuteczne, jeżeli dziecko urodziło się w następstwie procedury medycznie wspomaganego 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 wspomaganego 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 wspomaganego 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 wspomaganego prokreacji utworzono rejestr dawców komórek rozrodczych i zarodków, zwany dalej „rejestrem”. Administratorem danych gromadzonych w rejestrze jest minister właściwy do spraw zdrowia.

W rejestrze zamieszcza się następujące dane:

- 1) Niepowtarzalne oznakowanie identyfikujące dawcę komórek rozrodczych lub dawców zarodka;
- 2) Rok i miejsce urodzenia dawcy komórek rozrodczych lub dawców zarodka;
- 3) Informacje na temat stanu zdrowia dawcy komórek rozrodczych lub dawców zarodka: wyniki badań lekarskich i laboratoryjnych, którym poddany był kandydat na dawcę przed pobraniem komórek rozrodczych lub kandydaci na dawców zarodka przed utworzeniem zarodka;
- 4) Dane fenotypowe dawcy komórek rozrodczych lub dawców zarodka;
- 5) Datę pierwszej rejestracji dawcy komórek rozrodczych lub dawców zarodka;
- 6) Wykaz, niepowtarzalne oznakowanie identyfikujące i charakterystykę komórek rozrodczych lub zarodków pobranych, przetworzonych, przetestowanych, przechowywanych i zastosowanych w procedurze medycznie wspomaganego

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 register contains the following data:

- 1) Unique labelling identifying the gametes or embryo donors;
- 2) The year and place of birth of the gametes or embryo donors;
- 3) Information about the health of the gametes or embryo donors: the results of medical and laboratory examinations undergone by the candidate for donation prior to the collection of gametes or candidates for embryo donation before the creation of the embryo;
- 4) Phenotypical data of the gametes donor or the embryo donors;
- 5) The date of the first registration of the gametes donor or embryo donors;
- 6) The specification, unique labelling identifying and characterising the gametes or embryos collected, processed, tested, stored and used in procedures of medically assisted reproduction;



FOR A LITTLE HUMAN HELP

- | | |
|--|---|
| 7) Nazwę (firmę) i adres podmiotu leczniczego, w którym komórki rozrodcze lub zarodki zostały pobrane, przetworzone lub przetestowane, oraz datę wykonania tych czynności; | 7) The name (company) and address of the health care entity, where the gametes or embryos were collected, processed or tested as well as the dates when these procedures were carried out; |
| 8) Nazwę (firmę) i adres banku komórek rozrodczych i zarodków, w którym komórki rozrodcze lub zarodki są przechowywane, oraz datę rozpoczęcia i zakończenia przechowywania; | 8) The name (company) and address of the gamete and embryo bank, where the gametes or embryos are being stored as well as the date of the beginning and end of the storage period; |
| 9) Nazwę (firmę) i adres ośrodka medycznie wspomaganą prokreacji, który zastosował komórki rozrodcze lub zarodki w procedurze medycznie wspomaganą prokreacji; | 9) The name (company) and address of the medically assisted reproduction clinic, where the gametes or embryos were used for a medically assisted reproduction procedure; |
| 10) Numer PESEL biorczynie komórek rozrodczych lub zarodków, a w przypadku osoby, która nie ma nadanego numeru PESEL – imię, nazwisko, serię i numer dowodu osobistego, paszportu lub innego dokumentu stwierdzającego tożsamość; | 10) A reference number confirming the identity of the recipient of gametes or embryos and in cases of persons who are not in possession of such reference number, the first name and surname and the number of a passport/ID card or another document confirming the person's identity; |
| 11) Datę i rodzaj zastosowanej u biorczynie komórek rozrodczych lub zarodków procedury medycznie wspomaganą prokreacji; | 11) The date and method of a medically assisted reproduction procedure used for the recipient of gametes or embryos; |
| 12) Informacje dotyczące przebiegu i wyników zastosowanej u biorczynie komórek rozrodczych lub zarodków procedury medycznie wspomaganą prokreacji, w tym informację o liczbie utworzonych lub przeniesionych zarodków; | 12) Information about the progress and the results of a medically assisted reproduction procedure used for the recipient of gametes or embryos, including the number of created or transferred embryos; |
| 13) Przekazane przez biorczynię ośrodkowi medycznie wspomaganą prokreacji informacje o przebiegu ciąży, dacie urodzin, płci i stanie zdrowia w chwili urodzenia dziecka urodzonego w wyniku procedury medycznie wspomaganą prokreacji; | 13) Information passed on by the recipient to the medically assisted reproduction clinic about the progress of the pregnancy, the date of birth, gender and health of a child born as result of a medically assisted reproduction procedure; |
| 14) Informację o wycofaniu zgody dawcy na zastosowanie pobranych od niego komórek rozrodczych albo zgody dawców zarodka na przekazanie zarodka. | 14) Information about the withdrawal of consent by the donor for the use of the gametes collected from him or the consent of donors for embryo donation. |

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, miejsca urodzenia i stanu zdrowia dawcy/dawców (wyników badań lekarskich i laboratoryjnych) przez osobę urodzoną w wyniku procedury ART w wyniku dawstwa zarodka, po osiągnięciu przez nią pełnoletności, | 1) The year, place of birth and health status of the donor(s) to persons born as a result of an ART procedure with non-partner donation or embryo donation, once they reach the legal age, |
| 2) Stanu zdrowia dawcy/dawców przez przedstawiciela ustawowego dziecka w przypadku zagrożenia jego życia lub zdrowia na podstawie wskazań lekarza prowadzącego leczenie dziecka. | 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. |