

 <b>HELSE BERGEN</b> Haukeland universitetssjukehus	<b>Begjæring om utlevering av egne lagra spermier (eigentransport)</b>	
Kategori: Pasientbehandling/Pasientforløp og pakkeforløp	Gyldig fra/til: 06.08.2024/06.08.2025	
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Kvinneklinikken/Fertilitetssenteret	Versjon: 7.00	
Godkjenner: <b>Siren Skrede</b>	Avtale	
Dok. ansvarlig: <b>Siren Skrede</b>	Dok.id: D46198	

Spermibiobanken ved Haukeland Universitetssjukehus er ein diagnostikk- og behandlingsbiobank. Det lagra materialet skal nyttast til framtidig behandling med assistert befruktning av ektefelle/sambuar av menn som skal gjennomgå medisinsk behandling som kan redusere fertiliteten eller menn som av ulike medisinske årsaker har hatt fråverande eller betydeleg nedsett evne til å levere fersk sædprøve av tilstrekkeleg kvalitet.

Materialet kan berre nyttast til behandling som er godkjend i Noreg, i tråd med [bioteknologilova](#) og til par som fyller vilkåra for assistert befruktning i Noreg.

Institusjonen/klinikken der behandlinga skal skje må vere godkjend etter forskrift om [handtering av humane celler og vev](#).

### 1. Fylles ut av pasient

**Underteikna har lagra \_\_\_\_ strå i spermibiobanken ved Fertilitetssenteret, Haukeland Universitetssjukehus og ynskjer \_\_\_\_ strå utlevert.**

Underteikna ber med dette om utlevering av egne nedfrosne spermier til behandling med assistert befruktning og tar med dette på seg det fulle ansvar for materialet under transporten fram til mottaksstad. Underteikna må legitimere seg ved utleveringa.

Ved lån av transporttank frå Fertilitetssenteret, Haukeland Universitetssjukehus, tar underteikna ansvar for å levere denne tilbake til avdelingen så snart som mogleg og i same stand som den var ved utlevering. Fertilitetssenteret, Haukeland Universitetssjukehus, fråskriv seg eit kvart ansvar for materialet etter at det har forlate seksjonen.

Underteikna er kjend med vilkåra for bruk av materialet og ber med dette om utlevering av egne frosne spermier til behandling med assistert befruktning.

Namn:

Fødselsnummer:

Dato:..... Underskrift:.....

### 2. Fylles ut av mottakande klinikk

Underteikna er kjend med vilkåra for bruk av materialet til ovannemnde pasient.

Institusjon/klinikk behandlinga skal skje ved:.....  
 (Institusjonen må vera godkjend etter cellevevsforskrifta eller tilsvarande forskrift, jfr. over)

Dato:..... Underskrift:.....

*Behandlande lege*

### 3. Fylles ut av seksjonsleiar/overlege ved Fertilitetssenteret, HUS

Godkjenning av begjæring om utlevering

Dato:..... Underskrift:.....