

ประกาศแพทยสภา

ที่ ๙๕ (๙)/๒๕๕๘

เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการรับฝาก การรับบริจาค การใช้ประโยชน์จากอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อนที่รับฝากหรือรับบริจาค หรือการทำให้สิ้นสภาพของตัวอ่อนที่รับฝากหรือรับบริจาคเนื่องมาจากการดำเนินการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๐

โดยที่เป็นการสมควรเพิ่มเติมเงื่อนไข หลักเกณฑ์ และวิธีการในการรับฝาก การใช้ประโยชน์จากอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อนที่รับฝากหรือรับบริจาค กรณีการย้ายอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อนที่ผู้ฝากหรือผู้รับบริจาคประสงค์จะขอย้ายออกจากสถานพยาบาล

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๗ (๘) และมาตรา ๔๒ แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการแพทยสภา จึงได้ออกประกาศโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ ดังนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศแพทยสภา ที่ ๙๕ (๙)/๒๕๕๘ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการรับฝาก การรับบริจาค การใช้ประโยชน์จากอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อนที่รับฝากหรือรับบริจาค หรือการทำให้สิ้นสภาพของตัวอ่อนที่รับฝากหรือรับบริจาคเนื่องมาจากการดำเนินการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๐”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็นข้อ ๒/๑ แห่งประกาศแพทยสภา ที่ ๙๕ (๙)/๒๕๕๘ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการรับฝาก การรับบริจาค การใช้ประโยชน์จากอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อน ที่รับฝากหรือรับบริจาค หรือการทำให้สิ้นสภาพของตัวอ่อนที่รับฝากหรือรับบริจาคเนื่องมาจากการดำเนินการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๘

“ข้อ ๒/๑ ในการรับฝาก การใช้ประโยชน์จากอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อนของสถานพยาบาลที่ผู้ฝากหรือผู้รับบริจาคประสงค์จะขอย้ายอสุจิ ไข่หรือตัวอ่อนตามแต่กรณี ให้สถานพยาบาลที่ขอย้ายและรับย้ายซึ่งอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อน ดำเนินการตามแบบฟอร์มขอย้ายเซลล์สืบพันธุ์ (อสุจิ/ไข่) ตามแบบ คทพ.๑๔ และแบบฟอร์มขอย้ายตัวอ่อน ตามแบบ คทพ.๑๕ แนบท้ายประกาศนี้”

ประกาศ ณ วันที่ ๒๙ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

ศาสตราจารย์นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนาภา

นายกแพทยสภา

แบบฟอร์มขอย้ายเซลล์สืบพันธุ์ (อสุจิ/ไข่)

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔๒ แห่ง พ.ร.บ.คุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ.๒๕๕๘ คณะกรรมการแพทย์สภา จึงกำหนดแบบฟอร์มในการขอย้ายเซลล์สืบพันธุ์ฉบับนี้ โดยความเห็นชอบจาก กคทพ.

แบบฟอร์มขอย้ายเซลล์สืบพันธุ์นี้ทำขึ้น ๒ ฉบับ โดยให้สถานพยาบาลที่ย้ายเซลล์สืบพันธุ์และสถานพยาบาลที่รับย้ายเซลล์สืบพันธุ์ เก็บไว้เป็นหลักฐานฝ่ายละ ๑ ฉบับ

วันที่แจ้งขอย้าย.....

ส่วนที่ ๑ สำหรับผู้รับบริการที่ประสงค์จะขอย้ายเซลล์สืบพันธุ์

๑.๑ ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....เลขประจำตัวประชาชน/
หนังสือเดินทางเลขที่.....เป็นผู้รับบริการของสถานพยาบาล.....
ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอย้ายเซลล์สืบพันธุ์ของข้าพเจ้า ดังนี้

๑. อสุจิ จำนวน.....

๒. ไข่ จำนวน

๑.๒ ข้าพเจ้ามีวัตถุประสงค์ในการขอย้ายเซลล์สืบพันธุ์ดังกล่าวเนื่องจาก.....

.....
และต้องการไปรักษาต่อที่สถานพยาบาล (ระบุชื่อสถานพยาบาล).....
โดยมีแพทย์ผู้ให้บริการที่ทำการรักษาต่อ คือ (ระบุชื่อแพทย์ผู้ให้บริการ).....

๑.๓ ข้าพเจ้าขอรับเซลล์สืบพันธุ์ดังกล่าวในวันที่.....เวลา.....น.

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ข้าพเจ้าระบุตามแบบฟอร์มขอย้ายเซลล์สืบพันธุ์เป็นความจริงทุกประการ พร้อมทั้งได้แนบเอกสารที่เกี่ยวข้องครบถ้วนแล้ว ประกอบด้วย

สำเนาพาสปอร์ต/บัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาครบถ้วน

เอกสารการตอบรับการรับย้ายเซลล์สืบพันธุ์จากแพทย์ของสถานพยาบาลที่รับย้ายเซลล์สืบพันธุ์(ส่วนที่๔)

เอกสารการรับมอบอำนาจ กรณีเจ้าของเซลล์สืบพันธุ์มอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการแทน

ลงชื่อ.....ผู้รับบริการ
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ ๒ สำหรับแพทย์ผู้ให้บริการ/แพทย์ผู้รับผิดชอบของสถานพยาบาลที่ย้ายเซลล์สืบพันธุ์

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....ซึ่งเป็นแพทย์
ผู้ให้บริการฯ ข้าพเจ้าได้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการใช้ประโยชน์จากเซลล์สืบพันธุ์ดังกล่าว และข้อกำหนดของ
กฎหมายที่เกี่ยวข้องแก่ผู้รับบริการ รวมทั้งข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลของผู้รับบริการที่ได้ขอย้ายเซลล์สืบพันธุ์เพื่อไป
รักษาต่อที่สถานพยาบาลอื่นแล้ว

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ให้บริการฯ
(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- เห็นชอบการขอย้ายเซลล์สืบพันธุ์ดังกล่าว

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รับผิดชอบฯ ลงชื่อ.....ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล
(.....) (.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ ๓ สำหรับนักวิทยาศาสตร์ของสถานพยาบาลที่ย้ายเซลล์สืบพันธุ์

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง.....
 ได้รับมอบหมายจากแพทย์ผู้ให้บริการฯ ให้ข้าพเจ้าเป็นผู้ดำเนินการส่งมอบเซลล์สืบพันธุ์ดังกล่าวแก่เจ้าของเซลล์
 สืบพันธุ์ ซึ่งข้าพเจ้าได้ดำเนินการส่งมอบเซลล์สืบพันธุ์แก่ผู้รับบริการเรียบร้อยแล้วในวันที่.....
 เวลา.....น.รายละเอียด ดังนี้

๑. อสุจิ จำนวน.....

๒. ไข่ จำนวน

ลงชื่อ.....นักวิทยาศาสตร์ ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ ๔ สำหรับสถานพยาบาลที่รับย้ายเซลล์สืบพันธุ์เพื่อทำการรักษาต่อ/ฝากเก็บ

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง..... เป็นแพทย์
 ผู้ให้บริการฯ ของสถานพยาบาล.....ซึ่งข้าพเจ้าจะเป็น
 แพทย์ผู้ให้บริการฯ แก่นาย/นาง/นางสาว.....และข้าพเจ้าได้ยินยอมรับ
 ย้ายเซลล์สืบพันธุ์ดังกล่าวเพื่อทำการรักษาต่อ/ฝากเก็บที่สถานพยาบาลแห่งนี้แล้ว

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ให้บริการฯ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- เห็นชอบการขอฝากเก็บเซลล์สืบพันธุ์ดังกล่าว

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รับผิดชอบฯ ลงชื่อ.....ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล

(.....)

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ ๕ สำหรับนักวิทยาศาสตร์ของสถานพยาบาลที่รับย้ายเซลล์สืบพันธุ์

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง.....
 ได้รับมอบหมายจากแพทย์ผู้ให้บริการฯ ให้ข้าพเจ้าเป็นผู้ดำเนินการรับมอบเซลล์สืบพันธุ์ที่แจ้งไว้แก่เจ้าของเซลล์
 สืบพันธุ์ ซึ่งข้าพเจ้าได้ดำเนินการรับมอบเซลล์สืบพันธุ์เรียบร้อยแล้วในวันที่..... เวลา.....น.
 รายละเอียด ดังนี้

๑. อสุจิ จำนวน.....

๒. ไข่ จำนวน

ลงชื่อ.....นักวิทยาศาสตร์ ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ทั้งนี้ การนำเข้าหรือส่งออกอสุจิ/ไข่ นอกราชอาณาจักรมีโทษตามมาตรา ๔๑ ต้องระวางโทษจำคุกไม่
 เกิน ๓ ปี หรือปรับไม่เกิน ๖ หมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามมาตรา ๕๑ แห่ง พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิด
 โดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ.๒๕๕๘

แบบฟอร์มขอย้ายตัวอ่อน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔๒ แห่ง พ.ร.บ.คุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการแพทยสภา จึงกำหนดแบบฟอร์มในการขอย้ายตัวอ่อนฉบับนี้ โดยความเห็นชอบจาก กคทพ.

แบบฟอร์มขอย้ายตัวอ่อนนี้ทำขึ้น ๒ ฉบับ โดยให้สถานพยาบาลที่ให้ย้ายตัวอ่อนและสถานพยาบาลรับย้ายตัวอ่อน เก็บไว้เป็นหลักฐานฝ่ายละ ๑ ฉบับ

วันที่แจ้งขอย้าย.....

ส่วนที่ ๑ สำหรับผู้รับบริการที่ประสงค์จะขอย้ายตัวอ่อน

๑.๑ ข้าพเจ้า นาย.....(สามีที่ชอบด้วยกฎหมาย) เลขประจำตัวประชาชน/
หนังสือเดินทางเลขที่.....และ นาง/นางสาว.....
(ภริยาที่ชอบด้วยกฎหมาย) เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทางเลขที่.....
ข้าพเจ้าเป็นผู้รับบริการของสถานพยาบาล.....ข้าพเจ้ามีความประสงค์ขอย้าย
ตัวอ่อน จำนวน.....ตัวอ่อน

๑.๒ ข้าพเจ้ามีวัตถุประสงค์ในการขอย้ายตัวอ่อนดังกล่าวเนื่องจาก.....

.....
และต้องการไปรักษาต่อที่สถานพยาบาล (ระบุชื่อสถานพยาบาล).....
โดยมีแพทย์ผู้ให้บริการที่ทำการรักษาต่อ คือ (ระบุชื่อแพทย์ผู้ให้บริการ).....

๑.๓ ข้าพเจ้าขอรับตัวอ่อนดังกล่าวในวันที่.....เวลา.....น.

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความที่ข้าพเจ้าระบุตามแบบฟอร์มขอย้ายตัวอ่อนเป็นความจริงทุกประการ
พร้อมทั้งได้แนบเอกสารที่เกี่ยวข้องครบถ้วนแล้ว ประกอบด้วย

- สำเนาพาสปอร์ต/บัตรประชาชน พร้อมรับรองสำเนาครบถ้วน
- เอกสารการตอบรับการรับย้ายตัวอ่อนจากแพทย์ของสถานพยาบาลที่รับย้ายตัวอ่อน (ส่วนที่ ๔)
- เอกสารการรับมอบอำนาจ กรณีเจ้าของตัวอ่อนมอบอำนาจให้บุคคลอื่นมาดำเนินการแทน

ลงชื่อ.....สามีที่ชอบด้วยกฎหมาย ลงชื่อ.....ภริยาที่ชอบด้วยกฎหมาย
(.....) (.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ ๒ สำหรับแพทย์ผู้ให้บริการ/แพทย์ผู้รับผิดชอบของสถานพยาบาลที่ให้ย้ายตัวอ่อน

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....ซึ่งเป็นแพทย์
ผู้ให้บริการฯ ข้าพเจ้าได้ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการใช้ประโยชน์จากตัวอ่อนดังกล่าว และข้อกำหนดของกฎหมายที่
เกี่ยวข้องแก่ผู้รับบริการ รวมทั้งข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลของผู้รับบริการที่ได้ขอย้ายตัวอ่อนเพื่อไปรักษาต่อที่
สถานพยาบาลอื่นแล้ว

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ให้บริการฯ
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- เห็นชอบการขอย้ายตัวอ่อนดังกล่าว

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รับผิดชอบฯ ลงชื่อ.....ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล
(.....) (.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ ๓ สำหรับนักวิทยาศาสตร์ของสถานพยาบาลที่ให้อายตัวอ่อน

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง.....
 ได้รับมอบหมายจากแพทย์ผู้ให้บริการฯ ให้ข้าพเจ้าเป็นผู้ดำเนินการส่งมอบตัวอ่อนดังกล่าวแก่เจ้าของตัวอ่อน ซึ่ง
 ข้าพเจ้าได้ดำเนินการส่งมอบตัวอ่อนดังกล่าวจำนวน.....ตัวอ่อน แก่ผู้รับบริการเรียบร้อยแล้วในวันที่
 เวลา.....น.

ลงชื่อ.....นักวิทยาศาสตร์ ลงชื่อ.....พยาน
 (.....) (.....)
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ ๔ สำหรับสถานพยาบาลที่รับอายตัวอ่อนเพื่อทำการรักษาต่อ/ฝากเก็บ

ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง.....เป็นแพทย์
 ผู้ให้บริการฯ ของสถานพยาบาล.....ซึ่งข้าพเจ้าจะเป็น
 แพทย์ผู้ให้บริการฯ แก่นาย/นาง/นางสาว.....และ ข้าพเจ้าได้ยินยอม
 รับอายตัวอ่อนดังกล่าวเพื่อทำการรักษาต่อ/ฝากเก็บที่สถานพยาบาลแห่งนี้แล้ว

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้ให้บริการฯ
 (.....)
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

- เห็นชอบการขอฝากเก็บตัวอ่อนดังกล่าว

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รับผิดชอบฯ ลงชื่อ.....ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล
 (.....) (.....)
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ส่วนที่ ๕ สำหรับนักวิทยาศาสตร์ของสถานพยาบาลที่รับอายตัวอ่อน

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง.....
 ได้รับมอบหมายจากแพทย์ผู้ให้บริการฯ ให้ข้าพเจ้าเป็นผู้ดำเนินการรับมอบตัวอ่อนที่แจ้งไว้แก่เจ้าของตัวอ่อน ซึ่ง
 ข้าพเจ้าได้ดำเนินการรับมอบตัวอ่อนดังกล่าวจำนวน.....ตัวอ่อน เรียบร้อยแล้วในวันที่.....
 เวลา.....น.

ลงชื่อ.....นักวิทยาศาสตร์ ลงชื่อ.....พยาน
 (.....) (.....)
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ทั้งนี้ การนำเข้าหรือส่งออกตัวอ่อน นอกราชอาณาจักรมีโทษตามมาตรา ๔๑ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน ๓ ปี หรือ
 ปรับไม่เกิน ๖ หมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับตามมาตรา ๕๑ แห่ง พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการ
 เจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ.๒๕๕๘