

**แบบประเมินตนเองก่อนการตรวจเยี่ยมโรงพยาบาล/สถานพยาบาลเพื่อขอ
การรับรองมาตรฐานการให้บริการด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์**

ชื่อสถานพยาบาล/โรงพยาบาล
แพทย์ผู้รับผิดชอบ นพ./พญ.

ประเด็นสำคัญ	ใช่	ไม่ใช่	หมายเหตุ
๑. ผู้รับผิดชอบ และผู้ให้บริการด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์มีคุณสมบัติตามประกาศแพทยสภา			
๒. บุคคลตามข้อ ๑ ไม่ได้อยู่ในขั้นตอนของการถูกสอบสวนหรือดำเนินการ ในประเด็นทางจริยธรรมจากแพทยสภาหรือทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง			
๓. บุคคลตามข้อ ๑. ไม่มีลักษณะต้องห้ามตามที่ประกาศแพทยสภาประกาศกำหนด			
๔. ไม่มีการโฆษณาหรือโฆษณาให้แพร่หลายด้วยประการใดๆ ว่ามีไข่ อสุจิ หรือตัวอ่อน เพื่อให้หรือบริจาค หรือมีหญิงที่ประสงค์จะเป็นผู้รับตั้งครรภ์แทน			
๕. ไม่ได้กระทำการเป็นคนกลาง เป็นนายหน้า หรือ ร่วมกับนายหน้าจัดการ หรือนำเสนอจัดหาหรือนำเข้า/ส่งออกอสุจิ ไข่ ตัวอ่อน หรือจัดหาสตรีเพื่อมารับตั้งครรภ์แทน			
๖. ไม่มีการดำเนินการตั้งครรภ์แทนเพื่อประโยชน์ทางการค้าหรือซื้อ/ขายอสุจิ ไข่ ตัวอ่อน			
๗. การตรวจทางพันธุกรรมในตัวอ่อน อาจเกิดขึ้นได้ตาม ความจำเป็นและสมควร ทั้งนี้ต้องไม่เป็นการกระทำใน ลักษณะที่อาจทำให้เข้าใจว่าเป็นการเลือกเพศบุตร			
๘. มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อเตรียมการส่งรายงานต่อ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพและจัดเก็บเอกสารเวชระเบียนตามระยะเวลาที่กำหนด			
๙. ยินดีใช้แบบแสดงความยินยอมเพื่อรับการรักษาด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ตามแบบที่คณะกรรมการกำหนด			
๑๐. ไม่ได้สร้างตัวอ่อนเพื่อใช้ในกิจการใด เว้นแต่ใช้เพื่อบำบัดรักษาภาวะการมีบุตรยากของสามีและภรรยาที่ชอบด้วยกฎหมาย			

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง และตระหนักดีว่าถ้าปรากฏ ภายหลังจากข้อเท็จจริงขัดแย้งจากที่ข้าพเจ้าให้ข้อมูลไว้จะเป็นสาเหตุให้การพิจารณาล่าช้า หรืออาจไม่ได้รับการรับรอง หรือถูกเพิกถอนหนังสือรับรองได้

ลงชื่อ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้รับผิดชอบในการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์

ลงชื่อ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้ดำเนินการโรงพยาบาล/ สถานพยาบาล