

ประกาศคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยี

ช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์

เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการขออนุญาตและการอนุญาตให้ผู้ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ดำเนินการให้มีการตั้งครรภ์แทน

พ.ศ. ๒๕๕๘

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการขออนุญาตและการอนุญาตให้ผู้ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ดำเนินการให้มีการตั้งครรภ์แทนเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องและชัดเจนต่อผู้รับบริการ และเพื่อให้การปฏิบัติงานของคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๗ (๔) และมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการขออนุญาตและการอนุญาตให้ผู้ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ดำเนินการให้มีการตั้งครรภ์แทน พ.ศ. ๒๕๕๘”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“ผู้ให้บริการ” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งเป็นผู้ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์

“ผู้รับอนุญาต” หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งเป็นผู้ให้บริการซึ่งได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการให้ดำเนินการให้มีการตั้งครรภ์แทน

ข้อ ๔ ผู้ให้บริการที่ประสงค์จะขออนุญาตจากคณะกรรมการในการดำเนินการให้มีการตั้งครรภ์แทนต้องเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบในการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ และผู้ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์กรณีรับตั้งครรภ์แทนรายนั้น ซึ่งต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามประกาศแพทยสภากำหนด โดยเอกสารที่จะใช้ในการขออนุญาต จะต้องประกอบไปด้วยเอกสารดังต่อไปนี้

๔.๑ แบบหนังสือแสดงความยินยอมให้มีการตั้งครุฑแทนของหญิงอื่นที่รับตั้งครุฑแทนตามแบบ คทพ. ๑

๔.๒ แบบข้อตกลงการรับตั้งครุฑแทนตามแบบ คทพ. ๒

๔.๓ แบบคำขออนุญาตดำเนินการให้มีการตั้งครุฑแทนตามแบบ คทพ. ๓
ท้ายประกาศนี้

๔.๔ แบบหนังสือแสดงความยินยอมให้มีการตั้งครุฑแทนของสามีและภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายตามแบบ คทพ. ๔ ท้ายประกาศนี้

๔.๕ หนังสือแต่งตั้งให้เป็นผู้รับผิดชอบในการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์จากผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้ดำเนินการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล แล้วแต่กรณี

โดยให้ยื่นต่อผู้อนุญาตที่สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข หรือที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ผู้ยื่นคำขออนุญาตใช้เป็นสถานที่ให้บริการตั้งอยู่ในจังหวัดนั้น ๆ

การยื่นคำขอต่อผู้อนุญาตตามประกาศนี้ หากไม่สามารถมายื่นขอได้ด้วยตนเอง ให้ทำหนังสือมอบอำนาจให้ผู้อื่นมายื่นคำขอแทนและในการมายื่นคำขอแทนให้ผู้รับมอบอำนาจนำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ ทั้งนี้ อาจยื่นคำขอผ่านทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ได้

ข้อ ๕ ในการพิจารณาอนุญาตตามข้อ ๔ ให้คณะกรรมการพิจารณาจากข้อมูล ดังต่อไปนี้

๕.๑ กรณีสถานพยาบาลอันเป็นหน่วยงานของรัฐ หรือสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลต้องมีมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์เกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ตามประกาศแพทยสภากำหนด โดยความเห็นชอบของคณะกรรมการ สำหรับสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลต้องได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาล ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

๕.๒ สามีและภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายที่มีความประสงค์จะให้หญิงอื่นตั้งครุฑแทนจะต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังนี้

๕.๒.๑ ภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ว่าไม่สามารถตั้งครุฑเองได้

๕.๒.๒ ต้องมีสัญชาติไทย ในกรณีที่สามีหรือภริยามีได้มีสัญชาติไทยต้องจดทะเบียนสมรสมาแล้วไม่น้อยกว่าสามปี

๕.๒.๓ เป็นผู้ที่ผ่านการตรวจและประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อมตามประกาศแพทยสภากำหนด

๕.๒.๔ มีหนังสือแสดงความยินยอมให้มีการตั้งครุฑแทนพร้อมเอกสารตามแบบ คทพ. ๔ ท้ายประกาศนี้

๕.๓ หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนทั้งที่เป็นญาติสืบสายโลหิต ตามมาตรา ๒๑ (๑) และมีใช้ญาติสืบสายโลหิต ตามมาตรา ๒๑ (๓) จะต้องเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

๕.๓.๑ มีสัญชาติเดียวกันกับสามีหรือภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายที่ประสงค์จะมีบุตรโดยให้หญิงอื่นตั้งครรภ์แทน

๕.๓.๒ มีอายุไม่ต่ำกว่า ๒๐ ปีบริบูรณ์ และไม่เกิน ๔๐ ปีบริบูรณ์ และเคยมีบุตรมาแล้วโดยการคลอดตามธรรมชาติไม่เกิน ๓ ครั้ง หรือในกรณีที่ผ่าคลอดไม่เกิน ๑ ครั้ง

๕.๓.๓ เป็นผู้ที่มีสุขภาพร่างกายและจิตใจแข็งแรงสมบูรณ์ดี โดยผ่านการตรวจและประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายจิตใจ และสภาพแวดล้อม ตามประกาศแพทยสภากำหนด

๕.๓.๔ เป็นผู้ที่ได้รับความยินยอมเป็นหนังสือจากสามีที่ชอบด้วยกฎหมายหรือชายที่อยู่กินฉันสามีภริยา

๕.๓.๕ มีหนังสือแสดงความยินยอมให้มีการตั้งครรภ์แทนพร้อมเอกสารตามแบบ คทพ. ๑

๕.๔ หญิงที่รับตั้งครรภ์แทน จะรับตั้งครรภ์แทนจนได้คลอดบุตรไม่เกิน ๒ ครั้ง

๕.๕ ในแต่ละรอบการตั้งครรภ์แทน สามีและภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายที่ประสงค์จะให้มีการตั้งครรภ์แทน สามารถให้หญิงอื่นตั้งครรภ์แทนได้ครั้งละ ๑ คน จนสิ้นสุดการตั้งครรภ์

๕.๖ การย้ายฝากตัวอ่อนในหญิงที่รับตั้งครรภ์แทน ในกระบวนการตั้งครรภ์แทน ทำได้ครั้งละ ๑ ตัวอ่อนในแต่ละครั้ง

๕.๗ หญิงที่รับตั้งครรภ์แทนต้องชี้แจงและทำความเข้าใจกับบุตรของตนเพื่อให้รับทราบข้อเท็จจริงในการรับตั้งครรภ์แทนดังกล่าว

๕.๘ ในการพิจารณาคณะกรรมการอาจพิจารณาจากกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องในส่วนที่เป็นคุณสมบัติประกอบการพิจารณาด้วยก็ได้

ข้อ ๖ ในการพิจารณาของคณะกรรมการ ให้คณะกรรมการพิจารณาคำขออนุญาตดำเนินการให้มีการตั้งครรภ์แทนให้แล้วเสร็จภายใน ๖๐ วันทำการ นับแต่วันที่รับคำขอและเอกสารถูกต้องครบถ้วน หากพิจารณาไม่แล้วเสร็จให้ขยายเวลาได้ครั้งละไม่เกิน ๓๐ วันทำการ และสามารถขยายระยะเวลาได้ไม่เกิน ๒ ครั้ง

เมื่อคณะกรรมการพิจารณาอนุญาตให้ดำเนินการตั้งครรภ์แทน ให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพแจ้งเป็นหนังสือแก่ผู้ยื่นคำขออนุญาต

ข้อ ๗ ผู้รับอนุญาตต้องรายงานข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการแต่ละขั้นตอนในแต่ละรายของการตั้งครรภ์แทน และรายงานสรุปผลการตั้งครรภ์แทน โดยให้รายงานผลการดำเนินงานผลการตั้งครรภ์แทน สุขภาพหญิงที่รับตั้งครรภ์แทนหลังคลอด สุขภาพเด็กที่เกิดจากการตั้งครรภ์แทนหลังคลอดภายใน ๔๕ วันนับจากวันคลอด

กรณีการยุติการตั้งครุฑแทนการคลอต ให้ผู้รับอนุญาตรายงานภายใน ๓๐ วันนับจากวันยุติการตั้งครุฑ

การรายงานดังกล่าวข้างต้น ให้รายงานต่อคณะกรรมการผ่านสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

แบบรายงานตามวรรคหนึ่ง สอง และสาม ให้เป็นไปตามแบบ คทพ. ๕ ท้ายประกาศนี้

ในระหว่างการดำเนินการแต่ละขั้นตอนในแต่ละรายของการตั้งครุฑแทน ให้คณะกรรมการควบคุมตรวจสอบ หรือกำกับดูแลการให้บริการด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ให้เป็นไปตามมาตรฐานการให้บริการ มีอำนาจติดตาม ตรวจสอบการดำเนินการตั้งครุฑแทนของผู้รับอนุญาตเพื่อเฝ้าระวังให้ปฏิบัติการให้เป็นไปตามกฎหมาย และที่คณะกรรมการมอบหมายได้ตามความเหมาะสม

ข้อ ๘ ให้ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบในการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์มีหน้าที่ต้องรายงานข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการ และรายละเอียดของผู้ประกอบวิชาชีพที่เป็นผู้ให้บริการตามแบบ คทพ. ๖ ท้ายประกาศนี้โดยรายงานทั้งหมดที่เกิดขึ้นในรอบปีที่ผ่านมา และให้รายงานภายในวันที่ ๓๑ ตุลาคม ของปีถัดไปต่อสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ข้อ ๙ รายงานเอกสารการตั้งครุฑแทนตามข้อ ๘ รวมทั้งข้อมูลการใช้ ไข่ อสุจิ หรือตัวอ่อนบริจาคในกรณีการตั้งครุฑแทน ให้เก็บรักษาเอกสารดังกล่าวไว้ที่สถานพยาบาลที่ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ และต้องเก็บไว้ในสภาพที่สามารถตรวจสอบได้ เป็นเวลาไม่น้อยกว่า ๒๐ ปี นับแต่วันที่เด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์คลอตและอยู่รอดเป็นทารก

ในกรณีสถานพยาบาลที่ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ยุติการให้บริการเกี่ยวกับการให้บริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ หรือยุติการดำเนินการสถานพยาบาล ให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้ดำเนินการสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลส่งต่อเอกสารดังกล่าวไปยังสถานพยาบาลที่ขึ้นทะเบียนแห่งอื่นและรายงานการเก็บเอกสารดังกล่าวให้คณะกรรมการทราบเพื่อพิจารณาและดำเนินการต่อไปผ่านสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ข้อ ๑๐ ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงการอนุญาตเดิม ในส่วนผู้ให้บริการสามีหรือภริยาที่ชอบด้วยกฎหมาย หญิงที่รับตั้งครุฑแทน อสุจิ หรือไข่ ให้ดำเนินการขออนุญาตใหม่ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

ข้อ ๑๑ ให้ประธานคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ เป็นผู้รักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

สุริยะ วงศ์คงคาเทพ

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ

ประธานคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยี

ช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์

- ใช้ตัวอ่อนที่เกิดจากอสุจิของสามีและไข่ของภริยาที่ขอบด้วยกฎหมายที่ประสงค์จะให้มีการตั้งครรภ์แทน
- ใช้ตัวอ่อนที่เกิดจาก อสุจิของสามี ไข่ของภริยาที่ขอบด้วยกฎหมายที่ประสงค์จะให้มีการตั้งครรภ์แทน
กับ ไข่ของผู้อื่น อสุจิของผู้อื่น

๔. ข้อบ่งชี้ที่ภริยาไม่สามารถตั้งครรภ์เองได้ ได้แก่

- ๔.๑ ไม่มีมดลูกตั้งแต่กำเนิด
- ๔.๒ ได้รับการผ่าตัดมดลูกออก
- ๔.๓ มดลูกมีความผิดปกติ ได้แก่
- ๔.๓.๑ เนื้องอกมดลูก
- ๔.๓.๒ พังผืดในโพรงมดลูก
- ๔.๓.๓ ความผิดปกติของมดลูกตั้งแต่กำเนิด
- ๔.๓.๔ อื่นๆ.....
- ๔.๔ มีโรคประจำตัวที่ตั้งครรภ์แล้วจะเกิดอันตราย (แนวความเห็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรคมาด้วย)
- ๔.๔.๑ โรคหัวใจ ระบุ.....
- ๔.๔.๒ โรคไตระบุ.....
- ๔.๔.๓ อื่นๆระบุ.....
- ๔.๕ มีภาวะที่จะมีการแท้งหรือทารกในครรภ์เสียชีวิตเมื่อตั้งครรภ์เอง
- ๔.๖ ข้อบ่งชี้อื่นๆ.....

๕. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานดังต่อไปนี้มาด้วย

- ๕.๑ หนังสือรับรองมาตรฐานจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
- ๕.๒ หนังสือแต่งตั้งให้เป็นผู้รับผิดชอบในการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์
จากโรงพยาบาล/สถานพยาบาล
- ๕.๓ คทพ. ๑แบบหนังสือแสดงความยินยอมให้มีการตั้งครรภ์แทน (สำหรับหญิงที่รับตั้งครรภ์แทน)
- ๕.๔ คทพ.๔แบบหนังสือแสดงความยินยอมให้มีการตั้งครรภ์แทน(สำหรับคู่สามี - ภริยา)
- ๕.๕ ผลการตรวจและประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายจิตใจและสภาพแวดล้อมของสามีและภริยาที่ขอบด้วยกฎหมาย
หญิงที่รับตั้งครรภ์แทน และผู้บริจาคอสุจิหรือไข่ที่นำมาใช้ดำเนินการ รวมทั้งการป้องกันโรคที่อาจมีผลกระทบต่อเด็ก
ที่จะเกิดขึ้นมาด้วย ตามประกาศแพทยสภากำหนด
- ๕.๖ สำเนาหนังสือแสดงความยินยอมและแบบคำอธิบายตามประกาศแพทยสภากำหนด
- ๕.๗ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ
- ๕.๘ สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและดำเนินการสถานพยาบาล (เฉพาะสถานพยาบาลเอกชน)

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ยื่นคำขอ(ผู้ให้บริการ)
(.....)

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ยื่นคำขอ
(แพทย์ผู้รับผิดชอบในการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์)
(.....)

๔. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานดังต่อไปนี้คือ

๔.๑ สำเนาทะเบียนสมรส

๔.๒ เอกสารทางการแพทย์ซึ่งแสดงข้อบ่งชี้ว่าภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายไม่สามารถตั้งครรภ์เองได้

๔.๓ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือหนังสือเดินทาง ของสามีและภริยาที่ชอบด้วยกฎหมาย

๔.๔ สำเนาทะเบียนบ้านของสามีและภริยาที่ชอบด้วยกฎหมาย

๔.๕ คทพ. ๒ แบบข้อตกลงการรับตั้งครรภ์แทน

๕. ข้าพเจ้าสามีและภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายได้รับทราบและเข้าใจข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลายมือชื่อ) สามีที่ชอบด้วยกฎหมาย
(.....)

(ลายมือชื่อ) ภริยาที่ชอบด้วยกฎหมาย
(.....)

(ลายมือชื่อ) พยาน
(.....)

(ลายมือชื่อ) พยาน
(.....)

หมายเหตุ ให้พยานนำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนแนบประกอบการลงนามในฐานะพยานด้วย

แบบรายงานผลการดำเนินการและสรุปผลการให้มีการตั้งครรภ์แทน แบบท้ายประกาศคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการขออนุญาตและการอนุญาตให้ผู้ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ดำเนินการให้มีการตั้งครรภ์แทน

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

๑. ข้าพเจ้าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม(แพทย์ผู้ให้บริการ)

๑.๑ ชื่อ-สกุล

เลขประจำตัวประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 อายุ ปี สัญชาติ

อยู่บ้านเลขที่ อาคาร

ซอย/ตรอก ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรสาร E-mail:

๑.๒ ที่อยู่ติดต่อได้

อยู่บ้านเลขที่ อาคาร

ซอย/ตรอก ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์

๒. ตามที่ข้าพเจ้าได้รับอนุญาตดำเนินการให้มีการตั้งครรภ์แทน ตามการอนุญาตเลขที่

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอส่งรายงานผลการดำเนินการและสรุปผลการตั้งครรภ์แทน ดังนี้

๒.๑ ผลการดำเนินการ

ครั้งที่ ๑ ใส่ตัวอ่อน เมื่อวันที่ ผล สำเร็จ ไม่สำเร็จครั้งที่ ๒ ใส่ตัวอ่อน เมื่อวันที่ ผล สำเร็จ ไม่สำเร็จครั้งที่ ๓ ใส่ตัวอ่อน เมื่อวันที่ ผล สำเร็จ ไม่สำเร็จ

๒.๒ ผลการตั้งครรภ์แทน

 ยุติการตั้งครรภ์แทน เมื่อวันที่ เนื่องจาก คลอดสมบูรณ์แล้วเสร็จ วิธีการคลอด ผ่าคลอด คลอดโดยธรรมชาติ

เมื่อวันที่ ที่สถานพยาบาล

ที่อยู่สถานพยาบาล

๑. เพศ ชาย หญิง น้ำหนักแรกเกิด๒. เพศ ชาย หญิง น้ำหนักแรกเกิด

๓. สุขภาพหญิงหลังคลอด

ปกติ ผิดปกติ (ระบุ)

ข้อสังเกตอื่นๆ

๔. สุขภาพเด็กหลังคลอด

๔.๑ ปกติ ผิดปกติ (ระบุ)

ข้อสังเกตอื่นๆ

๔.๒ ให้ระบุรายละเอียดเกี่ยวกับเด็กหลังคลอด โดยมีรายละเอียด คือ ชื่อ-สกุล, เลขประจำตัวประชาชน/เลขหนังสือเดินทาง (ถ้ามี) สัญชาติ, ภูมิลำเนา

๕. เอกสารหลักฐานสำเนาเวชระเบียนการตั้งครรภ์แทนจากแพทย์ผู้ให้บริการ

๖. เอกสารตามข้อ ๔.๒ (ถ้ามี)

(ลายมือชื่อ).....ผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการตั้งครรภ์แทน
(.....) (ผู้ให้บริการ)

(ลายมือชื่อ).....ผู้รับอนุญาตให้ดำเนินการตั้งครรภ์แทน
(ผู้รับผิดชอบในการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์)
(.....)

(ลายมือชื่อ)ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล
/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
(.....)

แบบรายงานประจำปีสำหรับการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ประจำปีงบประมาณ
 แนบท้ายประกาศคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และ
 เงื่อนไขในการขออนุญาตและการอนุญาตให้ผู้ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ดำเนินการให้มีการตั้งครรภ์แทน
 (มาตรา ๒๓)

เขียนที่.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้อมูลทั่วไปของหน่วยบริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์

โรงพยาบาลภาครัฐ สถานพยาบาลที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จำนวน.....เตียง สถานพยาบาลที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

ชื่อสถานพยาบาล.....

สถานที่ทำการ.....อาคาร.....เลขที่.....

ซอย/ตรอก.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....E-mail:.....

(ลายมือชื่อ).....ผู้ดำเนินการสถานพยาบาล
 /ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
 (.....)

(ลายมือชื่อ).....แพทย์ผู้รับผิดชอบในการ
 ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์

คำแนะนำสำหรับการกรอกข้อมูล ตาม แบบ คทพ ๖.
(Adapted from WHO ICMART World Report on ART)

แบบฟอร์มนี้ใช้เพื่อการกรอกข้อมูลเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ได้แก่ จำนวนรอบการเก็บไข่ (aspiration cycles) จำนวนรอบที่ยกเลิกการเก็บไข่ (cancelled cycles) จำนวนรอบที่ใส่ตัวอ่อนแช่แข็ง เป็นต้น กรุณากรอกข้อมูลอย่างรอบคอบ และกรอกข้อมูลให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

แบบฟอร์ม ๑. รายละเอียดสถานพยาบาลและผู้ติดต่อ

แบบฟอร์ม ๒. (a to f)

- ห้ามเขียนบริเวณสีเทา
- รอบที่เริ่ม (Initiated cycle) หมายถึง
 - รอบการกระตุ้นไข่ (ovarian stimulation) เพื่อการทำเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์
 - มีการติดตามในการกระตุ้นไข่ ถ้าเป็นรอบธรรมชาติ ไม่ได้ใช้ยาฮอร์โมนกระตุ้นไข่ (spontaneous cycle)
 - รอบย้ายตัวอ่อนแช่แข็ง ไม่ว่าจะเป็รอบธรรมชาติ หรือรอบที่กระตุ้นด้วยยาฮอร์โมน
- เจาะดูดเก็บไข่ (aspiration) หมายถึงรอบที่มีการเจาะดูด เพื่อการเก็บไข่ ไม่ว่าจะได้เซลล์ไข่หรือไม่
- การตั้งครรภ์ทางคลินิก (clinical pregnancy) หมายถึงการตั้งครรภ์ที่ตรวจพบถุงการตั้งครรภ์อย่างน้อย ๑ ถุง จากการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูง รวมถึงการตั้งครรภ์นอกมดลูก การตั้งครรภ์แฝด (multiple gestational sacs) ในผู้ป่วยหนึ่งคน นับเป็น ๑ clinical pregnancy
- การคลอดบุตร หมายถึง การให้กำเนิดทารกไม่ว่าวิธีใดก็ตาม ได้ทารกมีชีวิตอย่างน้อย ๑ คน ซึ่งอายุครรภ์ที่คลอดมากกว่าหรือเท่ากับ ๒๒ สัปดาห์ หรือ การคลอดทารกตายในครรภ์ (fetal death) ซึ่งอายุครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ ๒๗ สัปดาห์เต็ม
- การตั้งครรภ์แฝด (multiplicity) หมายถึง การตั้งครรภ์ทารกมากกว่า ๑ คนต่อการคลอด (delivery) ๑ ครั้ง
- FER ย่อมาจาก frozen embryo replacement การย้ายตัวอ่อนแช่แข็ง
- กรณีการบริจาคไข่ (oocyte donation) สำหรับการเจาะดูดเก็บไข่ ให้นับจำนวนรอบที่บริจาคไข่ (donating cycles) สำหรับผลการตั้งครรภ์ ให้นับจำนวนรอบที่ย้ายตัวอ่อน (recipient's cycles) อายุฝ่ายหญิงให้พิจารณาจากอายุของผู้รับตัวอ่อน

แบบฟอร์ม ๓.

- ใส่จำนวนการตั้งครรภ์ (ไม่ใช่จำนวนทารก) ต่อแต่ละกลุ่มของอายุครรภ์ เช่น ใส่ ๓ การตั้งครรภ์ ของการตั้งครรภ์เดี่ยว (singleton) ของกลุ่มอายุครรภ์ ๒๐-๒๗ สัปดาห์
- อายุครรภ์ (gestational age) นับจากจำนวนสัปดาห์ที่ขาดประจำเดือน (amenorrhea) โดยการเพิ่มจำนวน ๑๔ วัน บวกเข้ากับความแตกต่างของจำนวนวันที่คลอด และวันเก็บไข่ (๑๖ วัน สำหรับรอบที่ใส่ตัวอ่อนแช่แข็ง)

แบบฟอร์ม ๔.

- ตารางนี้จะเกี่ยวข้องกับทารก (ไม่เกี่ยวข้องกับกรตั้งครรภ์ ยกเว้นแถวแรก)
- ทารกหลังคลอด (newborn) ทารกเกิดมีชีวิตจะนับเมื่ออายุครรภ์ตั้งแต่ ๒๒ สัปดาห์ขึ้นไป ทารกตายในครรภ์ (fetal death) นับเมื่ออายุครรภ์ตั้งแต่ ๒๗ สัปดาห์เต็มขึ้นไป
- ทารกตายปริกำเนิด (neonatal deaths) หมายถึงทารกตายหลังคลอด จนถึง ๗ วันหลังคลอด
- ความพิการแต่กำเนิด รวมถึง ความพิการรูปและความผิดปกติทางพันธุกรรม นับจำนวนทารก (หรือการแท้ง) เพียงครั้งเดียว ถึงแม้ว่าจะมีความผิดปกติหลายตำแหน่ง

แบบฟอร์ม ๕.

- ข้อบ่งชี้: แบบฟอร์มนี้สนใจเกี่ยวกับรอบการเจาะไข่ ไม่ใช่คู่สมรส ซึ่งหมายความว่า คู่สมรสที่ทำการเจาะเก็บไข่หลายครั้ง ก็อาจจะถูกนับหลายครั้งได้
- ภาวะแทรกซ้อน: นับแต่ภาวะแทรกซ้อนแยกจากกัน ซึ่งหมายความว่าถ้าผู้ป่วยหญิงหนึ่งคน มีภาวะแทรกซ้อน ๒ ชนิด จะถูกนับ ๒ ครั้ง

แบบฟอร์ม ๖.

- ให้กรอกข้อมูลสำหรับแต่ละภาวะความพิการแต่กำเนิด หรือความผิดปกติทางพันธุกรรม
- กรอกข้อมูลบนเส้นบรรทัด เส้นหนึ่งเส้นแทนทารกหนึ่งคน (หรือการแท้งหนึ่งครั้ง) ถึงแม้ว่าจะมีความผิดปกติหลายชนิด (multiple anomalies) ให้กรอกลงบนบรรทัดเดียวกัน

**International Committee for Monitoring Assisted Reproductive
Technology ICMART
World Report on ART, Individual Clinic Forms**

Form 1. Clinic Description

Country name:
City name:
Clinic name:
Contact person (Full name)
Institution
Street
City
Zip code
Telephone
Fax.
Email
Clinic status: Public
Private
Public / Private Collaboration
Other (specify)
Comments

International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology ICMART

World Report on ART, National Form, Year 2000

Form 1. Organisation of National ART Registers

Country name:		<input type="text"/>
Contact person:	Full name	
	Institution (precise if governmental or professional body)	
	Address	
	Tel.	
	Fax:	
	Email	
Number of ART clinics in the country:	Private	<input type="text"/>
	Public	<input type="text"/>
	Government/Professional Collaboration	<input type="text"/>
	Total	<input type="text"/>
	Total included in the report	<input type="text"/>
Size of ART clinics. Number of clinics with, per year:		
	< 100 cycles	<input type="text"/>
	100 – 199 cycles	<input type="text"/>
	200 – 499 cycles	<input type="text"/>
	500 – 999 cycles	<input type="text"/>
	≥ 1000 cycles	<input type="text"/>
The number of cycles per year includes all the initiated cycles for the purpose of IVF, ICSI, frozen embryo transfer (FET) and oocyte donation (see instructions)		
Reporting requirement 1. Compulsory; 2. Voluntary		<input type="checkbox"/>
Responsibility for the register. 1. National Health Authority; 2. Medical Organization; 3. Other (describe)		<input type="checkbox"/>
Reporting methods:		
	Cycles. 1. Individual cycles; 2. Summaries of cycles reported by the clinics	<input type="checkbox"/>
	Deliveries. 1. Individual cycles; 2. Summaries of deliveries reported by the clinics	<input type="checkbox"/>
Link to other registers		
	Birth register:	0. No; 1. Yes <input type="checkbox"/>
	Congenital anomalies register:	0. No; 1. Yes <input type="checkbox"/>
	Cytogenetic register:	0. No; 1. Yes <input type="checkbox"/>
	Prenatal Genetic Diagnosis (PGD) register :	0. No; 1. Yes <input type="checkbox"/>
	Disease register:	0. No; 1. Yes <input type="checkbox"/>
	Other register:	0. No; 1. Yes <input type="checkbox"/>
	Describe	
National number of births in the same year (if available)		
Comments		

Form 2a Standard IVF

Cycles and Pregnancies By Woman's Age and Number of Embryos Transferred

Woman's age	Cycles		Transfers		Pregnancies	Deliveries (not babies)				Induced reduction
	Initiated Total	Aspirations Total	Number of Embryos	Transfers	Clinical	Total	Singleton	Twin	Triplet or more	
≤ 29			1							
			2							
			3							
			4							
			≥ 5							
			Total							
30 – 34			1							
			2							
			3							
			4							
			≥ 5							
			Total							
35 – 39			1							
			2							
			3							
			4							
			≥ 5							
			Total							
≥ 40			1							
			2							
			3							
			4							
			≥ 5							
			Total							

Give numbers, not percentages. Do not fill grey areas

Initiated cycle :ovarian stimulation, cycle monitoring in spontaneous cycle, scheduled FER
Aspirations: include no egg; **Pregnancy**: gestational sac. **Delivery**: living newborn ≥ 22 weeks, or fetal death ≥ 27 weeks. **Induced reduction**: Selective embryo reduction.

Form 2b. ICSI

Cycles and Pregnancies By Woman's Age and Number of Embryos Transferred

Woman's Age	Cycles		Transfers		Pregnancies	Deliveries (not babies)				Induced
	Initiated Total	Aspirations Total	Number of Embryos	Transfers	Clinical	Total	Singleton	Twin	Triplet or more	Reduction
≤ 29			1							
			2							
			3							
			4							
			≥ 5							
			Total							
30 – 34			1							
			2							
			3							
			4							
			≥ 5							
			Total							
35 – 39			1							
			2							
			3							
			4							
			≥ 5							
			Total							
≥ 40			1							
			2							
			3							
			4							
			≥ 5							
			Total							

Give numbers, not percentages. Do not fill grey areas

Initiated cycle :ovarian stimulation, cycle monitoring in spontaneous cycle, scheduled FER
Aspirations: include no egg; **Pregnancy**: gestational sac. **Delivery**: living newborn ≥ 22 weeks, or fetal death ≥ 27 weeks. **Induced reduction**: Selective embryo reduction.

Form 2c. FET after standard IVF

Cycles and Pregnancies By Woman's Age and Number of Embryos Transferred

Woman's Age	Cycles		Transfers		Pregnancies	Deliveries (not babies)				Induced
	Initiated Total	Aspirations Total	Number of Embryos	Transfers	Clinical	Total	Singleton	Twin	Triplet or more	Reduction
≤ 29			1							
			2							
			3							
			4							
			≥ 5							
			Total							
30 – 34			1							
			2							
			3							
			4							
			≥ 5							
			Total							
35 – 39			1							
			2							
			3							
			4							
			≥ 5							
			Total							
≥ 40			1							
			2							
			3							
			4							
			≥ 5							
			Total							

Give numbers, not percentages. Do not fill grey areas

Initiated cycle :ovarian stimulation, cycle monitoring in spontaneous cycle, scheduled FER
Aspirations: include no egg; **Pregnancy**: gestational sac. **Delivery**: living newborn ≥ 22 weeks, or fetal death ≥ 27 weeks. **Induced reduction**: Selective embryo reduction

Form 2d. FET After ICSI

Cycles and Pregnancies By Woman's Age and Number of Embryos Transferred

Woman's Age	Cycles		Transfers		Pregnancies	Deliveries (not babies)				Induced
	Initiated Total	Aspirations Total	Number of Embryos	Transfers	Clinical	Total	Singleton	Twin	Triplet or more	Reduction
≤ 29			1							
			2							
			3							
			4							
			≥ 5							
			Total							
30 – 34			1							
			2							
			3							
			4							
			≥ 5							
			Total							
35 – 39			1							
			2							
			3							
			4							
			≥ 5							
			Total							
≥ 40			1							
			2							
			3							
			4							
			≥ 5							
			Total							

Give numbers, not percentages. Do not fill grey areas

Initiated cycle :ovarian stimulation, cycle monitoring in spontaneous cycle, scheduled FER
Aspirations: include no egg; **Pregnancy**: gestational sac. **Delivery**: living newborn ≥ 22 weeks, or fetal death ≥ 27 weeks. **Induced reduction**: Selective embryo reduction

Form 2e. Oocyte donation

A. Recipients' form. Cycles and Pregnancies By Woman's Age and Number of Embryos Transferred

Woman's Age	Transfers		Pregnancies	Deliveries (not babies)				Induced
	Number of Embryos	Transfers	Clinical	Total	Singleton	Twin	Triplet or more	Reduction
≤ 29	1							
	2							
	3							
	4							
	≥ 5							
	Total							
30 – 39	1							
	2							
	3							
	4							
	≥ 5							
	Total							
40 – 49	1							
	2							
	3							
	4							
	≥ 5							
	Total							
≥ 50	1							
	2							
	3							
	4							
	≥ 5							
	Total							

Give numbers, not percentages. Do not fill grey areas. **Pregnancy:** gestational sac. **Delivery:** living newborn ≥ 22 weeks, or fetal death ≥ 27 weeks. **Induced reduction:** Selective embryo reduction

B) Donors form

Age	≤ 30	30 – 34	35 – 39	≥ 40
Initiated cycles				
Aspirations				

Form 2f. GIFT

Cycles and Pregnancies By Woman's Age and Number of Embryos Transferred

Woman's Age	Cycles		Transfers		Pregnancies	Deliveries (not babies)				Induced
	Initiated Total	Aspirations Total	Number of Embryos	Transfers	Clinical	Total	Singleton	Twin	Triplet or more	Reduction
≤ 29			1							
			2							
			3							
			4							
			≥ 5							
			Total							
30 – 34			1							
			2							
			3							
			4							
			≥ 5							
			Total							
35 – 39			1							
			2							
			3							
			4							
			≥ 5							
			Total							
≥ 40			1							
			2							
			3							
			4							
			≥ 5							
			Total							

Give numbers, not percentages. Do not fill grey areas

Initiated cycle :ovarian stimulation, cycle monitoring in spontaneous cycle, scheduled FER
Aspirations: include no egg; **Pregnancy**: gestational sac. **Delivery**: living newborn ≥ 22 weeks, or fetal death ≥ 27 weeks. **Induced reduction**: Selective embryo reduction

Form 3. Gestational Age in Relation to Treatment and Multiple Pregnancies, at Birth

a) Standard IVF

		Gestational age (weeks since OPU + 2)					
Deliveries	All	20-27	28-32	33-36	37-41	42 +	Not stated
Singleton							
Twin							
Triplet							
Quadruplet or Higher							
Total							

Deliveries, not babies

b) ICSI

		Gestational age (weeks since OPU + 2)					
Deliveries	All	20-27	28-32	33-36	37-41	42 +	Not stated
Singleton							
Twin							
Triplet							
Quadruplet or Higher							
Total							

Deliveries, not babies

c) Frozen embryo transfer after standard IVF

		Gestational age (weeks since OPU +16 days)					
Deliveries	All	20-27	28-32	33-36	37-41	42 +	Not stated
Singleton							
Twin							
Triplet							
Quadruplet or Higher							
Total							

Deliveries, not babies

Form 3. Gestational Age in Relation to Treatment and Multiple Pregnancies, at Birth (2)

d) Frozen embryo transfer after ICSI

		Gestational age (weeks since transfer +16 days)					
Deliveries	All	20-27	28-32	33-36	37-41	42 +	Not stated
Singleton							
Twin							
Triplet							
Quadruplet or Higher							
Total							

e) Oocyte donation

		Gestational age (weeks since transfer + 16 days)					
Deliveries	All	20-27	28-32	33-36	37-41	42 +	Not stated
Singleton							
Twin							
Triplet							
Quadruplet or Higher							
Total							

f) GIFT

		Gestational age (weeks since OPU + 2 weeks)					
Deliveries	All	20-27	28-32	33-36	37-41	42 +	Not stated
Singleton							
Twin							
Triplet							
Quadruplet or Higher							
Total							

Deliveries, not babies

Form 4. Neonates Outcome in Relation to Treatment

a) Standard IVF

Multiplicity	Number of Deliveries	Health Status in the Perinatal Period Number of neonates				Congenital Anomalies ^a Number of Neonates / Fetuses		
	Total ^b Deliveries	Still- births	Live Births	Neonatal Deaths	Unknown	Delivered (≥ 20 weeks) ^c	Embryos/fetal losses	
							Spontaneous	Induced
Singleton								
Twin								
Triplet								
Quadruplet (or plus)								
Unknown								
Total								

b) ICSI

Multiplicity	Number of Deliveries	Health Status in the Perinatal Period Number of neonates				Congenital Anomalies ^a Number of Neonates / Fetuses		
	Total ^b Deliveries	Still- births	Live Births	Neonatal Deaths	Unknown	Delivered (≥ 20 weeks) ^c	Embryos/fetal losses	
							Spontaneous	Induced
Singleton								
Twin								
Triplet								
Quadruplet (or plus)								
Unknown								
Total								

c) Frozen embryo transfer after Standard IVF

Multiplicity	Number of Deliveries	Health Status in the Perinatal Period Number of neonates				Congenital Anomalies ^a Number of Neonates / Fetuses		
	Total ^b Deliveries	Still- births	Live Births	Neonatal Deaths	Unknown	Delivered (≥ 20 weeks) ^c	Embryos/fetal losses	
							Spontaneous	Induced
Singleton								
Twin								
Triplet								
Quadruplet (or plus)								
Unknown								
Total								

a. Malformations and genetic abnormalities; b. Including those with unknown health status at birth;

c including stillbirths

Live births: ≥ 22 weeks; Stillbirths: ≥ 27 weeks

d) Frozen embryo transfer, ICSI

Multiplicity	Number of Deliveries	Health Status in the Perinatal Period Number of neonates				Congenital Anomalies ^a Number of Neonates / Fetuses		
	Total ^b Deliveries	Still- births	Live Births	Neonatal Deaths	Unknown	Delivered (≥ 20 weeks) ^c	Embryos/fetal losses	
							Spontaneous	Induced
Singleton								
Twin								
Triplet								
Quadruplet (or plus)								
Unknown								
Total								

e) Oocyte donation

Multiplicity	Number of Deliveries	Health Status in the Perinatal Period Number of neonates				Congenital Anomalies ^a Number of Neonates / Fetuses		
	Total ^b Deliveries	Still- births	Live Births	Neonatal Deaths	Unknown	Delivered (≥ 20 weeks) ^c	Embryos/fetal losses	
							Spontaneous	Induced
Singleton								
Twin								
Triplet								
Quadruplet (or plus)								
Unknown								
Total								

f) GIFT

Multiplicity	Number of Deliveries	Health Status in the Perinatal Period Number of neonates				Congenital Anomalies ^a Number of Neonates / Fetuses		
	Total ^b Deliveries	Still- births	Live Births	Neonatal Deaths	Unknown	Delivered (≥ 20 weeks) ^c	Embryos/fetal losses	
							Spontaneous	Induced
Singleton								
Twin								
Triplet								
Quadruplet (or plus)								
Unknown								
Total								

a. Malformations and genetic abnormalities; b. Including those with unknown status at birth;

c Whatever the newborn health status

Live births: ≥ 22 weeks; Stillbirths: ≥ 27 weeks

Form 5. Indications and Complications

a) Indications for Aspiration Cycles, Excluding FET and Oocyte Donation

INDICATION	Number of aspirations by ART procedure		
	IVF	ICSI	GIFT
Tubal, only			
Endometriosis, only			
Ovulation disorders, only			
Other female factor, only			
Male factor only			
Tubal + male ± Other female factor			
Male + other female factor, tubal excluded			
Infertility of unknown origin			
Pre-implantation genetic diagnosis			
Other factors			

b) Complications of Treatment for Aspiration Cycles (including cancellations)

Complication (2 complications in the same cycle counted separately)	IVF	ICSI	GIFT	Oocyte donor*
Ovarian hyperstimulation syndrome: Total				
Requiring hospitalization				
Complications of oocyte retrieval: Total				
<i>Bleeding</i>				
<i>Infection</i>				
<i>Other</i>				
<i>Maternal deaths*: Related to ART itself</i>				
<i>Related to pregnancy</i>				

* Excluding eggs sharing cycles which have to be reported in one of the 3 previous columns (on left)

C) Complications of treatment for transfer cycles (FET, oocyte donation)

Complication	FET - IVF	FET - ICSI	Oocyte recipient
<i>Maternal deaths*: Related to ART itself</i>			
<i>Related to pregnancy</i>			

* In case of reported maternal deaths, please detail the cause

