

## ประกาศแพทยสภา

ที่ ๙๕ (๑)/๒๕๕๘

เรื่อง คุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม  
ซึ่งเป็นผู้ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๗ (๘) และมาตรา ๑๕ แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการแพทยสภา จึงได้ออกประกาศแพทยสภาโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ กำหนดคุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งเป็นผู้ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ ดังนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศแพทยสภา เรื่อง คุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งเป็นผู้ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์”

ข้อ ๒ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งเป็นผู้ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์นอกเหนือจากการให้บริการเกี่ยวกับการผสมเทียมต้องเป็นสูตินรีแพทย์ที่ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติจากแพทยสภาและจะต้องมีคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๒.๑ ได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมอนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์จากแพทยสภา

๒.๒ กรณีที่ผ่านการศึกษาระดับปริญญาตรีด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์จากต่างประเทศเป็นระยะเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย ๒ ปี ต้องได้รับการรับรองคุณวุฒิจากแพทยสภา

๒.๓ เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์อยู่ก่อนวันที่ประกาศแพทยสภานี้ใช้บังคับ โดยมีรายชื่ออยู่ในเอกสารขอหนังสือรับรองการให้บริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์และผ่านการประเมินจากราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

๒.๔ สูตินรีแพทย์ซึ่งอยู่ในระหว่างการศึกษาระดับปริญญาตรีหลักสูตรแพทย์ต่อยอดอนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์ของแพทยสภาโดยสามารถให้บริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ได้เฉพาะในสถาบันฝึกอบรมและอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของสูตินรีแพทย์ที่มีคุณสมบัติตามข้อ ๒.๑ ถึงข้อ ๒.๓

ข้อ ๓ เป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มีคุณสมบัติตามข้อ ๒ และต้องมีความรู้ความสามารถในการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ ดังต่อไปนี้

๓.๑ ความรู้ในการให้คำปรึกษาและแนะนำเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์

๓.๒ ความรู้ความสามารถในการเลือกใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ที่เหมาะสม

๓.๓ ความชำนาญในการตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงในอุ้งเชิงกรานและการนำไข่ออกจากรังไข่

๓.๔ ความสามารถในการดูแลแก้ไขปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

ข้อ ๔ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งเป็นผู้ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ต้องไม่มีลักษณะต้องห้ามข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้

๔.๑ เป็นผู้ประพฤติเสียหายซึ่งคณะกรรมการแพทยสภาเห็นว่าจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ หรือได้รับโทษทางจริยธรรมที่อยู่ในระหว่างการพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

๔.๒ เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

ข้อ ๕ ให้ประธานคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์เป็นผู้รักษาการตามประกาศนี้

ข้อ ๖ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

ศาสตราจารย์นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

นายกแพทยสภา

## ประกาศแพทยสภา

ที่ ๙๕ (๒)/๒๕๕๘

เรื่อง มาตรฐานในการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๗ (๘) และมาตรา ๑๕ แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการแพทยสภา จึงได้ออกประกาศแพทยสภาโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ กำหนดมาตรฐานการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ ดังนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศแพทยสภา เรื่อง มาตรฐานในการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์”

ข้อ ๒ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้ดำเนินการสถานพยาบาลจะต้องควบคุม ดูแล และรับผิดชอบให้มีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์

ข้อ ๓ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบในการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์นอกเหนือจากการให้บริการเกี่ยวกับการผสมเทียม ต้องได้รับการแต่งตั้งให้เป็นผู้รับผิดชอบในการให้บริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์เป็นหนังสือจาก ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้ดำเนินการสถานพยาบาลและจะต้องรักษามาตรฐานการให้บริการ

ในกรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามวรรคหนึ่ง ให้ยื่นเรื่องเพื่อขอหนังสือรับรองมาตรฐานใหม่จากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อขึ้นทะเบียนเป็นผู้รับผิดชอบตามวรรคหนึ่งภายในกำหนดเวลา ๖๐ วัน นับแต่วันที่มีการเปลี่ยนแปลงผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามวรรคหนึ่ง โดยผู้ประกอบวิชาชีพตามวรรคหนึ่งสามารถรับผิดชอบการให้บริการในสถานพยาบาลได้ไม่เกิน ๑ แห่ง และดำเนินการภายใต้องค์ประกอบ ดังนี้

๓.๑ องค์ประกอบของบุคลากรเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ ประกอบด้วย

๓.๑.๑ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบในการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ที่มีคุณสมบัติตามประกาศแพทยสภา

๓.๑.๒ ผู้ให้การดูแลรักษาประกอบด้วย

(๑) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมผู้ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ต้องมีคุณสมบัติตามประกาศแพทยสภา

(๒) ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามข้อ (๑) หรือสูตินรีแพทย์อื่น ผู้ให้การดูแลสตรีตั้งครรภ์และโรคทางนรีเวชอื่น ๆ

(๓) นักวิทยาศาสตร์ที่ได้รับปริญญาทางวิทยาศาสตร์ในสาขาที่เกี่ยวข้อง หรือวุฒิอื่นที่ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยเห็นสมควร โดยมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

- (ก) สามารถเพาะเลี้ยงเซลล์และเลี้ยงตัวอ่อนได้
- (ข) สามารถแช่แข็งตัวอ่อนและเซลล์สืบพันธุ์
- (ค) สามารถช่วยย้ายเซลล์สืบพันธุ์และ/หรือช่วยย้ายฝากตัวอ่อน

เข้าสู่ร่างกาย

- (ง) ดำเนินการระบบควบคุมคุณภาพของห้องปฏิบัติการ
- (จ) นักวิทยาศาสตร์หัวหน้าทีมจะเป็นผู้รับผิดชอบหลักได้

ไม่เกิน ๑ แห่ง

- (ฉ) วุฒิอื่นให้หมายความรวมถึงการได้รับหนังสือรับรองจากสมาคม

หรือองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

(๔) พยาบาลซึ่งมีความรู้ความสามารถในการให้คำปรึกษาแนะนำ เกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์สามารถติดตามประสานงานทีมและเฝ้าระวังสถานะแทรกซ้อน

(๕) บุคลากรอื่นตามที่แพทยสภาประกาศกำหนด

๓.๒ สถานที่ เครื่องมือ และอุปกรณ์การแพทย์

๓.๒.๑ สถานที่ อย่างน้อยต้องมีห้องเก็บไข่ซึ่งเป็นห้องสะอาด มีระบบดูแล ความสะอาดที่ได้มาตรฐานเสมือนห้องผ่าตัด ห้องปฏิบัติการอสุจิที่ได้มาตรฐานมีห้องปฏิบัติการเพาะเลี้ยงตัวอ่อน ซึ่งมีระบบดูแลความสะอาดที่ปลอดภัยและมีการควบคุมอุณหภูมิและความชื้น

๓.๒.๒ เครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์ อย่างน้อยต้องมีเครื่องมือเกี่ยวกับการเตรียมอสุจิ เตรียมไข่การเพาะเลี้ยงตัวอ่อน การแช่แข็งเพื่อรองรับเซลล์สืบพันธุ์และตัวอ่อนที่เหลือ และมีอุปกรณ์การกู้ชีพที่พร้อมใช้งานเสมอ

๓.๓ คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและจริยธรรม

สถานพยาบาลหรือโรงพยาบาลที่ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ ต้องมีคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและจริยธรรมรับผิดชอบไม่น้อยกว่าสี่คนประกอบด้วยสูตินรีแพทย์ นักวิทยาศาสตร์ พยาบาล และตัวแทนฝ่ายบริหาร เพื่อดูแลการบริการให้มีมาตรฐานและควบคุม ด้านจริยธรรมภายในหน่วยงานนั้น

กรรมการที่เป็นสูตินรีแพทย์ในคณะกรรมการดังกล่าวอย่างน้อยหนึ่งคนต้องมิได้อยู่ในทีมงาน ที่ให้บริการด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์

ให้คณะกรรมการควบคุมคุณภาพและจริยธรรมตามวรรคหนึ่งมีการประชุมอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยทุก ๒ เดือน และต้องจัดให้มีการจัดบันทึกการประชุมไว้เป็นหลักฐานทุกครั้งเพื่อรายงานต่อ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เป็นประจำทุกปีในกรณีการตั้งครรภ์แทนและใช้ไข่ บริจาคต้องผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการควบคุมคุณภาพและจริยธรรมของสถานพยาบาลทุกราย

การตั้งครุฑแทนจะต้องได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ก่อนดำเนินการและต้องส่งรายงานผลการดำเนินการต่อกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ตามรูปแบบและระยะเวลาที่กำหนด

๓.๔ ระบบการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์

ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบในการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์รับผิดชอบระบบการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ โดยมีรายละเอียดเกี่ยวกับข้อมูลของผู้รับบริการ ผู้ตั้งครุฑแทน ผู้บริจาคอสุจิหรือไข่ ตามแบบที่คณะกรรมการประกาศกำหนด ดังนี้

๓.๔.๑ ข้อมูลทั่วไป

๓.๔.๒ ข้อมูลทางการแพทย์

๓.๔.๓ ข้อมูลของห้องปฏิบัติการ (การบันทึกผลทางห้องปฏิบัติการในเรื่องของเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์) ซึ่งอย่างน้อยต้องมีข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนไข่ที่เก็บได้และใช้ไป อัตราการปฏิสนธิ จำนวนตัวอ่อนที่ได้ และจำนวนตัวอ่อนแช่แข็ง เป็นต้น

๓.๔.๔ ข้อมูลการใช้อสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อนบริจาค และวิธีการที่ได้มาซึ่งการบริจาคและเจ้าของเซลล์ดังกล่าว

๓.๔.๕ ข้อมูลการตรวจทางพันธุกรรมของตัวอ่อนก่อนการฝังตัวและผลลัพธ์

๓.๔.๖ ภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารก ความผิดปกติทางพันธุกรรม ความผิดปกติแต่กำเนิด

บันทึกทางการแพทย์ตามวรรคหนึ่ง ให้เก็บรักษาไว้ให้อยู่ในสภาพที่ตรวจสอบได้ ไม่น้อยกว่า ๑๐ ปี นับแต่วันที่จัดทำ

กรณีการรับตั้งครุฑแทนและกรณีการตั้งครุฑที่เกิดจากไข่ หรืออสุจิ หรือตัวอ่อนบริจาคต้องเก็บรักษาเอกสารที่เกี่ยวกับการตั้งครุฑแทน การตั้งครุฑที่เกิดจากไข่ หรืออสุจิ หรือตัวอ่อนบริจาคไว้ไม่น้อยกว่า ๒๐ ปี นับแต่วันที่เด็กคลอดและอยู่รอดเป็นทารก

ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบด้านการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์รายงานข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการตามแบบที่กำหนดต่อคณะกรรมการอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้งและติดตามผลลัพธ์ของการตั้งครุฑทุกรายจนกระทั่งสิ้นสุดการตั้งครุฑ

๓.๕ หนังสือแสดงความยินยอม

ให้แต่ละสถานพยาบาลที่ให้บริการจัดให้มีหนังสือแสดงความยินยอมให้ผู้รับบริการ ผู้ตั้งครุฑแทน ผู้บริจาคอสุจิหรือไข่ ลงนามรับรองความสมัครใจในการขอรับบริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ โดยก่อนที่จะให้บุคคลดังกล่าวลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม ทีมผู้ให้บริการจะต้องเปิดโอกาสให้ซักถาม อธิบาย ให้ความรู้ในเรื่องขั้นตอน ภาวะแทรกซ้อนของการบริการ รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับกฎหมายคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ในประเด็นของความเป็นบิดามารดาจนผู้รับบริการและคู่สมรสเข้าใจ

หนังสือแสดงความยินยอมและแบบคำอธิบายตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามที่  
คณะกรรมการประกาศกำหนด

หนังสือแสดงความยินยอมและคำอธิบายให้มอบให้ผู้รับบริการ ผู้ตั้งครุภัณฑ์  
และหน่วยงานต้องเก็บรักษาไว้เป็นหลักฐานฝ่ายละ ๑ ชุด โดยให้ถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของบันทึกทางการแพทย์

ข้อ ๔ ให้ประธานคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์  
ทางการแพทย์เป็นผู้รักษาการตามประกาศนี้

ข้อ ๕ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

ศาสตราจารย์นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

นายกแพทยสภา

## ประกาศแพทยสภา

ที่ ๙๕ (๓)/๒๕๕๘

เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขสำหรับการตรวจและประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อมของผู้ขอรับบริการ หญิงที่รับตั้งครรภ์แทน และผู้บริจาคอสุจิหรือไข่ที่จะนำมาใช้ดำเนินการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๗ (๘) และมาตรา ๑๖ แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการแพทยสภา จึงได้ออกประกาศแพทยสภาโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขสำหรับการตรวจและประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อมของผู้ขอรับบริการ หญิงที่รับตั้งครรภ์แทน และผู้บริจาคอสุจิหรือไข่ที่จะนำมาใช้ดำเนินการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ ดังนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศแพทยสภา เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขสำหรับการตรวจและประเมินความพร้อมทางด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อมของผู้ขอรับบริการ หญิงที่รับตั้งครรภ์แทน และผู้บริจาคอสุจิหรือไข่ที่จะนำมาใช้ดำเนินการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์”

ข้อ ๒ ก่อนการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งเป็นผู้ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์จะต้องจัดให้มีการให้ข้อมูลรายละเอียดของขั้นตอนการดำเนินการ ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ รวมถึงการประเมินผู้ขอรับบริการหญิงที่รับตั้งครรภ์แทนและผู้บริจาคอสุจิหรือไข่ ดังต่อไปนี้

๒.๑ ซักประวัติสุขภาพรวมถึงประวัติความเสี่ยงจากโรคทางพันธุกรรมที่อาจมีผลต่อเด็ก และตรวจร่างกายทั่วไปว่าผู้รับบริการมีสุขภาพสมบูรณ์เหมาะสมที่จะให้บริการด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์และไม่มีข้อห้ามในการใช้ยาฮอร์โมนขณะตั้งครรภ์

๒.๒ ตรวจเลือดเพื่อคัดกรองโรคหรือภาวะที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น ธาลัสซีเมีย หมู่เลือด ตับอักเสบ ซิฟิลิส และเอชไอวี เป็นต้น

๒.๓ ตรวจประเมินสภาพร่างกายที่เกี่ยวข้องกับการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ ดังนี้

๒.๓.๑ ตรวจอสุจิของผู้ขอรับบริการและผู้บริจาค

๒.๓.๒ ตรวจประเมินมดลูกและรังไข่ของผู้ขอรับบริการและหญิงที่รับตั้งครรภ์แทน เช่น อัลตราซาวด์ เป็นต้น

๒.๓.๓ ตรวจประเมินสภาพท่อนำไข่ในกรณีที่มีความจำเป็น

๒.๔ ประเมินสภาพแวดล้อมของผู้ขอรับบริการ หญิงที่รับตั้งครรภ์แทน และผู้บริจาคอสุจิหรือไข่ เช่น ปัจจัยด้านครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ อาชีพ เป็นต้น

๒.๕ ตรวจสอบความพร้อมทางด้านสภาพจิตใจของผู้ขอรับบริการ หญิงที่รับตั้งครรภ์แทน และผู้บริจาคอสุจิหรือไข่เพื่อประเมินสภาพจิตใจด้านต่าง ๆ ของผู้รับบริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์อย่างน้อยโดยการสัมภาษณ์ และสังเกตพฤติกรรมการแสดงออกในด้านต่าง ๆ เพื่อค้นหาความผิดปกติหากกรณีมีข้อบ่งชี้ควรผ่านการตรวจสอบจากจิตแพทย์

ข้อ ๓ ให้ประธานคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์เป็นผู้รักษาการตามประกาศนี้

ข้อ ๔ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

ศาสตราจารย์นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

นายกแพทยสภา



## ประกาศแพทยสภา

ที่ ๙๕ (๔)/๒๕๕๘

เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการสร้าง  
การเก็บรักษา การใช้ประโยชน์จากตัวอย่าง หรือการทำให้สิ้นสภาพของตัวอย่าง

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๗ (๘) และมาตรา ๑๗ แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการแพทยสภา จึงได้ออกประกาศแพทยสภาโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการสร้าง การเก็บรักษา การใช้ประโยชน์จากตัวอย่าง หรือการทำให้สิ้นสภาพของตัวอย่าง ดังนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศแพทยสภา เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการสร้าง การเก็บรักษา การใช้ประโยชน์จากตัวอย่าง หรือการทำให้สิ้นสภาพของตัวอย่าง”

ข้อ ๒ การสร้าง การเก็บรักษา การใช้ประโยชน์ หรือการทำให้สิ้นสภาพของตัวอย่างผู้ประกอบการต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข ดังต่อไปนี้

๒.๑ การสร้าง การเก็บรักษา การใช้ประโยชน์ หรือการทำให้สิ้นสภาพของตัวอย่าง ต้องดำเนินการในสถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ และต้องกระทำภายใต้การกำกับดูแลของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งอยู่ในองค์ประกอบของบุคลากรเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์

๒.๒ ห้องปฏิบัติการเพาะเลี้ยงตัวอย่างต้องมีระบบควบคุมคุณภาพ มีระบบข้อมูลของอสุจิ ไข่ และตัวอย่าง และกำกับดูแลโดยนักวิทยาศาสตร์ด้านการเลี้ยงตัวอย่างที่ปฏิบัติงานเต็มเวลา

๒.๓ การใช้ตัวอย่างที่เหลือใช้จากการบำบัดรักษาของสามีภริยาที่ขอด้วยกฎหมายเพื่อการศึกษาวิจัยต้องได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์

๒.๔ การศึกษาวิจัยตัวอย่างที่มีอายุเกินกว่า ๑๔ วัน นับแต่วันปฏิสนธิจะกระทำมิได้ ทั้งนี้ อายุของตัวอย่างไม่นับรวมระยะเวลาในการแช่แข็งตัวอย่าง

๒.๕ ห้ามซื้อ เสนอซื้อ ขาย นำเข้า หรือส่งออกตัวอย่าง

๒.๖ ตัวอย่างถือเป็นสิทธิของสามีและภริยาร่วมกัน ดังนั้น การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์จากตัวอย่าง การเก็บรักษา การทำให้สิ้นสภาพ จึงเป็นการเลือกและตัดสินใจของสามีและภริยาที่ขอด้วยกฎหมายนั้นร่วมกัน เว้นแต่จะมีข้อตกลงเป็นอย่างอื่นที่ขอด้วยกฎหมาย

ข้อ ๓ วิธีการรับฝาก รับบริจาคตัวอย่าง

๓.๑ มีการลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมทั้งสามีและภริยาที่ขอด้วยกฎหมาย ผู้ให้เก็บรักษาหรือผู้บริจาค

๓.๒ มีการตรวจประเมินสุขภาพของผู้ฝากและผู้บริจาคตัวอ่อนเพื่อป้องกันการถ่ายทอดโรคติดต่อ เช่น เอชไอวี ตับอักเสบบและซิฟิลิส เป็นต้น

๓.๓ มีระบบข้อมูลในการเก็บรักษาและการบริจาค อสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อน ให้สามารถตรวจสอบติดตามการนำไปใช้ข้อมูลดังกล่าวต้องเก็บรักษาไว้ไม่น้อยกว่า ๒๐ ปี

๓.๔ มีระบบการเก็บรักษาที่แยกกันชัดเจนในกรณีที่มีการติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ

ข้อ ๔ การรับฝากตัวอ่อนต้องเป็นไปตามเงื่อนไขอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

๔.๑ การเก็บแช่แข็งตัวอ่อนของตนเองเพื่อวัตถุประสงค์ในการรักษาภาวะมีบุตรยาก

๔.๒ การเก็บแช่แข็งตัวอ่อนของตนเองก่อนการรักษาด้วยเคมีบำบัด หรือการรักษาอื่นที่อาจเป็นอันตรายต่อรังไข่

ข้อ ๕ การรับบริจาคตัวอ่อนต้องเป็นไปตามเงื่อนไข ดังนี้

๕.๑ ห้ามนำตัวอ่อนไปใช้เพื่อประโยชน์ทางการค้า

๕.๒ ผู้บริจาคตัวอ่อนต้องมีสามีและภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายและต้องมีหนังสือยินยอมจากสามีและภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายเป็นลายลักษณ์อักษร

๕.๓ ผู้บริจาคตัวอ่อนต้องมีอายุระหว่าง ๒๐ ถึง ๓๕ ปี ขณะทำการปฏิสนธิตัวอ่อน

๕.๔ ผู้รับบริจาคตัวอ่อนต้องเป็นผู้มีสัญชาติเดียวกันกับผู้บริจาคและมีสามีหรือภริยาที่ชอบด้วยกฎหมาย

๕.๕ ห้ามผู้รับบริจาคตัวอ่อนใช้ตัวอ่อนจากผู้บริจาคมากกว่า ๑ คน ในแต่ละรอบการรักษา

ข้อ ๖ กำหนดระยะเวลาการเก็บรักษาตัวอ่อนไม่ต่ำกว่า ๕ ปี เว้นแต่มีข้อตกลงเป็นอย่างอื่นไว้เป็นหนังสือ

ข้อ ๗ ให้ประธานคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์เป็นผู้รักษาการตามประกาศนี้

ข้อ ๘ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

ศาสตราจารย์นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

นายกแพทยสภา

## ประกาศแพทยสภา

ที่ ๙๕ (๕)/๒๕๕๘

เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการให้บริการ  
เกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ในการตรวจวินิจฉัยโรคทางพันธุกรรมในตัวอ่อน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๗ (๘) และมาตรา ๑๘ แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการแพทยสภา จึงได้ออกประกาศแพทยสภาโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ในการตรวจวินิจฉัยโรคทางพันธุกรรมในตัวอ่อน ดังนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศแพทยสภา เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ในการตรวจวินิจฉัยโรคทางพันธุกรรมในตัวอ่อน”

ข้อ ๒ วัตถุประสงค์ของการตรวจวินิจฉัยโรคทางพันธุกรรมในตัวอ่อน

๒.๑ การตรวจเพื่อการคัดกรองความผิดปกติทางพันธุกรรมของตัวอ่อน

๒.๒ การตรวจเพื่อการวินิจฉัยในกรณีที่สามีหรือภริยาที่มีความผิดปกติทางพันธุกรรมหรือมีพันธุกรรมแฝงที่ทราบอยู่ก่อนแล้ว

ทั้งนี้ ต้องไม่เป็นการกระทำในลักษณะที่อาจทำให้เข้าใจได้ว่าเป็นการเลือกเพศ

ข้อ ๓ การตรวจวินิจฉัยโรคทางพันธุกรรมในตัวอ่อนอาจทำได้ในกรณีต่อไปนี้

๓.๑ สามีหรือภริยาคนใดคนหนึ่งหรือทั้งสองคนมีพันธุกรรมผิดปกติซึ่งอาจถ่ายทอดพันธุกรรมที่ผิดปกติไปสู่ทารกได้เมื่อเกิดการตั้งครรภ์ โดยการถ่ายทอดดังกล่าวมีความเสี่ยงอย่างชัดเจนว่าอาจเป็นเหตุให้ทารกที่เกิดขึ้นมีโอกาสจะเป็นโรคหรือเป็นพาหะโรคหรือมีภาวะผิดปกติต่าง ๆ ซึ่งไม่อาจมีชีวิตอยู่รอดหรือมีชีวิตเฉกเช่นคนปกติ

๓.๒ สามีและภริยาที่ไม่มีความผิดปกติทางพันธุกรรมอาจทำการตรวจพันธุกรรมตัวอ่อนได้ในกรณี ดังต่อไปนี้

๓.๒.๑ มีประวัติการตั้งครรภ์ที่ทารกมีความพิการหรือเป็นโรคหรือความผิดปกติที่รุนแรงและความผิดปกติทางพันธุกรรมนั้นอาจป้องกันได้ด้วยการตรวจคัดกรองพันธุกรรมของตัวอ่อน

๓.๒.๒ มีบุตรที่ป่วยเป็นโรคหรือมีความผิดปกติอย่างรุนแรงซึ่งอาจรักษาได้ด้วยการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิดจากบุคคลอื่นที่มีความเข้ากันได้ของเนื้อเยื่อ (HLA matched) ซึ่งการตรวจ HLA ของตัวอ่อนในกรณีนี้จะเป็นประโยชน์โดยสามารถนำเซลล์ต้นกำเนิดจากเลือดในสายสะดือเมื่อแรกคลอดไปใช้รักษาบุตรคนที่ป่วยเนื่องจากมีเนื้อเยื่อที่เข้ากันได้

๓.๒.๓ มีประวัติการแท้งบุตรก่อนอายุครรภ์สิบสองสัปดาห์ตั้งแต่สองครั้งขึ้นไป หรือในกรณีที่มีผลการตรวจยืนยันว่าการแท้งในครั้งก่อนมีสาเหตุมาจากทารกมีความผิดปกติทางพันธุกรรม

๓.๒.๔ ภริยามีอายุตั้งแต่ ๓๕ ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ว่าตัวอ่อนอาจมีความเสี่ยงต่อความผิดปกติทางพันธุกรรม

๓.๒.๕ ไม่ตั้งครรภ์สองครั้งติดต่อกันในการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์

ข้อ ๔ การตรวจวินิจฉัยโรคทางพันธุกรรมในตัวอ่อนให้ดำเนินการ ดังนี้

๔.๑ แจ้งข้อมูลให้สามีและภริยาได้ทราบอย่างเพียงพอถึงขั้นตอนการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ รวมถึงความเสี่ยงของการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์และของการตรวจทางพันธุกรรมของตัวอ่อน ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

๔.๒ มีการลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมโดยสามีและภริยาให้ตรวจตัวอ่อนทางพันธุกรรม

๔.๓ ต้องทำในห้องปฏิบัติการที่ได้มาตรฐานการตรวจทางพันธุกรรม

ข้อ ๕ การแจ้งผลการตรวจวินิจฉัยโรคทางพันธุกรรมในตัวอ่อนต้องมีการให้คำปรึกษาแนะนำทางพันธุกรรมถึงความแม่นยำและข้อจำกัดของวิธีการตรวจความเป็นไปได้ของผลลัพธ์ทางเลือกในการตัดสินใจตั้งแต่ก่อนจะเข้าสู่กระบวนการและภายหลังรับทราบผลลัพธ์จัดให้มีการติดตามผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์หรือการแท้ง

ข้อ ๖ ให้ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้วแต่กรณี จัดทำรายงานการตรวจวินิจฉัยทางพันธุกรรมของตัวอ่อนที่ประกอบด้วยรายชื่อผู้รับบริการ ผู้บริจาคอสุจิหรือไข่ สัญชาติ เชื้อชาติ ข้อบ่งชี้ วิธีการตรวจ ผลลัพธ์ และการดำเนินการหลังทราบผลเสนอกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีละ ๑ ครั้ง

ข้อ ๗ ให้ประธานคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์เป็นผู้รักษาการตามประกาศนี้

ข้อ ๘ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

ศาสตราจารย์นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

นายกแพทยสภา

## ประกาศแพทยสภา

ที่ ๙๕ (บ)/๒๕๕๘

เรื่อง มาตรฐานการให้บริการเกี่ยวกับการผสมเทียม

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๗ (๘) และมาตรา ๑๙ แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการแพทยสภา จึงได้ออกประกาศแพทยสภาโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ กำหนดมาตรฐานการให้บริการเกี่ยวกับการผสมเทียม ดังนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศแพทยสภา เรื่อง มาตรฐานการให้บริการเกี่ยวกับการผสมเทียม”

ข้อ ๒ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้บริการเรื่องผสมเทียมต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

๒.๑ เป็นผู้ประพฤติเสียหายซึ่งคณะกรรมการแพทยสภาเห็นว่าจะนำมาซึ่งความเสื่อมเสียเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพ หรือได้รับโทษทางจริยธรรมที่อยู่ในระหว่างการพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรม

๒.๒ เคยต้องโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่เป็นความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

ข้อ ๓ หลักเกณฑ์และวิธีการในเรื่องการผสมเทียม

๓.๑ เป็นสามีและภรรยาที่ชอบด้วยกฎหมาย

๓.๒ มีข้อบ่งชี้สำหรับการรักษาด้วยการผสมเทียม ดังต่อไปนี้

๓.๒.๑ มีบุตรยากที่มีสาเหตุจากไม่มีสpermหรือมีสpermผิดปกติ

๓.๒.๒ มีบุตรยากที่มีสาเหตุจากความผิดปกติในการหลังอสุจิ

๓.๒.๓ มีบุตรยากที่ไม่ทราบสาเหตุ

๓.๒.๔ ภาวะอื่น ๆ ที่อาจได้ประโยชน์จากการผสมเทียม เช่น สามีติดเชื้อเอชไอวี

ภริยามีหมู่เลือดอาร์เอชลบ เป็นต้น

๓.๓ มีการตรวจประเมินความพร้อมทางร่างกาย จิตใจ และสภาพแวดล้อมของผู้ขอรับบริการก่อนทำการผสมเทียม เช่น การตรวจภายใน การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงในอุ้งเชิงกราน การตรวจประเมินก่อนนำไปในกรณีที่มีข้อบ่งชี้ การตรวจการติดเชื้อเอชไอวีตับอักเสบบี กลุ่มเลือดและหมู่เลือดอาร์เอชลบ

๓.๔ ในกรณีที่เป็นกรณีพิเศษหรือเข้าสู่โปรแกรมดูแล ให้ดำเนินการได้เฉพาะการใช้สpermที่ผ่านกระบวนการเตรียมเชื้อสpermตามมาตรฐาน

๓.๕ แจ้งข้อมูลให้สามีและภริยาได้ทราบอย่างเพียงพอถึงขั้นตอนและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นเกี่ยวกับการผสมเทียมและให้สามีและภริยาลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมรับการผสมเทียม

ข้อ ๔ ในกรณีการผสมเทียมโดยใช้สpermของผู้บริจาคต้องมีการประเมินก่อนว่าผู้บริจาค

๔.๑ มีสุขภาพแข็งแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจ ไม่มีประวัติความเสี่ยงของโรคทางพันธุกรรม โรคติดต่อร้ายแรง เช่น เอชไอวี เป็นต้น

๔.๒ มีอายุอยู่ระหว่าง ๒๐ ถึง ๔๕ ปี

๔.๓ ไม่มีประวัติการใช้ยาหรือสารเสพติด

๔.๔ ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

๔.๕ ห้ามผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดทางพันธุกรรมกับฝ่ายภริยาเป็นผู้บริจาคอสุจิ ห้ามบิดาหรือบุตรเป็นผู้บริจาคอสุจิ

๔.๖ ห้ามผู้ที่อยู่ในองค์ประกอบของบุคลากรเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์เป็นผู้บริจาคอสุจิแก่ผู้ขอรับบริการ

ข้อ ๕ ให้ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้วแต่กรณี ที่ให้บริการเกี่ยวกับการผสมเทียมต้องรายงานผลการดำเนินงานให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ทราบปีละครั้ง

ข้อ ๖ ให้ประธานคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์เป็นผู้รักษาการตามประกาศนี้

ข้อ ๗ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

ศาสตราจารย์นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

นายกแพทยสภา

## ประกาศแพทยสภา

ที่ ๙๕ (๗)/๒๕๕๘

เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการให้ความยินยอมเป็นหนังสือ  
จากสามีและภริยาที่ขอด้วยกฎหมายที่ประสงค์ให้มีการผสมเทียมโดยใช้สุจิของผู้บริจาค

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๗ (๘) และมาตรา ๒๐ แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก  
ที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการแพทยสภา  
จึงได้ออกประกาศแพทยสภาโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยี  
ช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการให้ความยินยอม  
เป็นหนังสือจากสามีและภริยาที่ขอด้วยกฎหมายที่ประสงค์ให้มีการผสมเทียมโดยใช้สุจิของผู้บริจาค ดังนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศแพทยสภา เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข  
ในการให้ความยินยอมเป็นหนังสือจากสามีและภริยาที่ขอด้วยกฎหมายที่ประสงค์ให้มีการผสมเทียม  
โดยใช้สุจิของผู้บริจาค”

ข้อ ๒ การให้ความยินยอมให้มีการผสมเทียมโดยใช้สุจิของผู้บริจาค มีหลักเกณฑ์ วิธีการ  
และเงื่อนไข ดังนี้

๒.๑ ผู้รับบริการต้องเป็นสามีและภริยาที่ขอด้วยกฎหมาย

๒.๒ มีข้อบ่งชี้ในการใช้สุจิบริจาค เช่น สามีไม่มีสุจิหรือมีความผิดปกติอย่างรุนแรง  
หรือสามีมีความเสี่ยงสูงที่จะถ่ายทอดความผิดปกติทางพันธุกรรมชนิดรุนแรงไปยังบุตร สามีเป็นโรคติดต่อ  
ที่ไม่อาจรักษาให้หายได้ หรือภริยามีหมู่เลือดอาร์เอชลบ เป็นต้น

๒.๓ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ให้บริการผสมเทียมโดยใช้สุจิของผู้บริจาค  
ต้องแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการผสมเทียมโดยใช้สุจิของผู้บริจาคให้สามีและภริยาที่ขอด้วยกฎหมาย  
ที่ประสงค์ให้มีการผสมเทียมโดยใช้สุจิของผู้บริจาคได้ทราบถึงขั้นตอนการผสมเทียมโดยใช้สุจิของผู้บริจาค  
ความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นก่อนให้ความยินยอมเป็นหนังสือ

ข้อ ๓ เกณฑ์การตรวจความสมบูรณ์ของสุจิให้เป็นไปตามข้อกำหนดขององค์การอนามัยโลก

ข้อ ๔ สามีและภริยาได้รับคำอธิบายเรื่องความเสี่ยงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น  
เช่น การอักเสบติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน การตั้งครรภ์นอกมดลูก ความผิดปกติแต่กำเนิดของทารก เป็นต้น

ข้อ ๕ อสุจิจากผู้บริจาคต้องเก็บไว้อย่างน้อย ๖ เดือน เพื่อติดตามประเมินสุขภาพ  
และความเสี่ยงของโรคติดต่อในผู้บริจาค

ข้อ ๖ ห้ามใช้สุจิที่ไม่ผ่านกระบวนการเตรียมสุจิตามมาตรฐานฉีดเข้าสู่โพรงมดลูก

ข้อ ๗ ให้ประธานคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์  
ทางการแพทย์เป็นผู้รักษาการตามประกาศนี้

ข้อ ๘ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

ศาสตราจารย์นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

นายกแพทยสภา



## ประกาศแพทยสภา

ที่ ๙๕ (๘)/๒๕๕๘

เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์แทน

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๗ (๘) และมาตรา ๒๖ แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการแพทยสภา จึงได้ออกประกาศแพทยสภาโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์แทน ดังนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศแพทยสภา เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์แทน”

ข้อ ๒ การยุติการตั้งครรภ์แทนต้องกระทำโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ข้อ ๓ การยุติการตั้งครรภ์แทนต้องได้รับความยินยอมเป็นหนังสือจากสามีและภริยาที่ขอด้วยกฎหมายที่ประสงค์ให้มีการตั้งครรภ์แทนและหญิงที่รับตั้งครรภ์แทนนั้น

ข้อ ๔ การยุติการตั้งครรภ์แทนทางการแพทย์ให้เป็นไปตามเงื่อนไข ดังนี้

๔.๑ จำเป็นต้องกระทำเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกายหรือจิตอย่างรุนแรงของหญิงที่รับตั้งครรภ์แทน หรือ

๔.๒ เป็นกรณีที่พบว่าทารกในครรภ์มีความเสี่ยงสูงที่จะมีความพิการหรือเป็นโรคพันธุกรรมอย่างรุนแรงและส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายหรือจิตของหญิงที่รับตั้งครรภ์แทน

ทั้งนี้ เงื่อนไขของการยุติการตั้งครรภ์แทนตามวรรคหนึ่งต้องมีผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งไม่อยู่ในองค์ประกอบของบุคลากรเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญดำเนินการตรวจยืนยันผลและลงความเห็นสอดคล้องกันอย่างน้อย ๒ ท่าน

ข้อ ๕ การยุติการตั้งครรภ์แทนทางการแพทย์ต้องกระทำในสถานพยาบาล ดังต่อไปนี้

๕.๑ สถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

๕.๒ คลินิกเวชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลโดยสามารถปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ที่อายุครรภ์ไม่เกินสิบสองสัปดาห์

ข้อ ๖ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งเป็นผู้ดำเนินการให้เกิดการตั้งครรภ์แทนซึ่งมีความจำเป็นจะต้องยุติการตั้งครรภ์แทนตามประกาศนี้ ต้องรายงานการยุติการตั้งครรภ์แทนให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ทราบเป็นรายกรณีภายใน ๓๐ วัน นับจากวันยุติการตั้งครรภ์

ข้อ ๗ ให้ประธานคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์  
ทางการแพทย์เป็นผู้รักษาการตามประกาศนี้

ข้อ ๘ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

ศาสตราจารย์นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

นายกแพทยสภา

## ประกาศแพทยสภา

ที่ ๙๕ (๙)/๒๕๕๘

เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการรับฝาก การรับบริจาค  
การใช้ประโยชน์จากอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อนที่รับฝาก หรือรับบริจาค  
หรือการทำให้สิ้นสภาพของตัวอ่อนที่รับฝากหรือรับบริจาค  
เนื่องมาจากการดำเนินการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๗ (๘) และมาตรา ๔๒ แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการแพทยสภา จึงได้ออกประกาศโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการรับฝาก การรับบริจาค การใช้ประโยชน์จากอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อนที่รับฝากหรือรับบริจาค หรือการทำให้สิ้นสภาพของตัวอ่อนที่รับฝากหรือรับบริจาคเนื่องมาจากการดำเนินการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ ดังนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศแพทยสภา เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการรับฝาก การรับบริจาค การใช้ประโยชน์จากอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อนที่รับฝากหรือรับบริจาค หรือการทำให้สิ้นสภาพของตัวอ่อนที่รับฝากหรือรับบริจาคเนื่องมาจากการดำเนินการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์”

ข้อ ๒ การรับฝาก รับบริจาค การใช้ประโยชน์ การเก็บรักษา อสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อนที่รับฝากหรือรับบริจาค หรือการทำให้สิ้นสภาพของตัวอ่อนที่รับฝากหรือรับบริจาค ต้องทำภายใต้หลักเกณฑ์ ดังนี้

๒.๑ การรับฝาก รับบริจาค การใช้ประโยชน์จากอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อน หรือทำให้สิ้นสภาพของตัวอ่อนที่รับฝากหรือรับบริจาค ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลต้องดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมายและต้องกระทำภายใต้การกำกับดูแลของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มีคุณสมบัติตามประกาศแพทยสภา

๒.๒ ห้ามซื้อ เสนอซื้อ ขาย นำเข้า หรือส่งออกอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อน

๒.๓ ห้ามการโฆษณาว่ามีอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อนเพื่อให้หรือเพื่อการบริจาค

๒.๔ ตัวอ่อนถือเป็นสิทธิของสามีและภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายร่วมกัน ดังนั้น การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้ประโยชน์จากตัวอ่อน การเก็บรักษา การทำให้สิ้นสภาพ จึงเป็นการเลือกและตัดสินใจของสามีและภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายนั้นร่วมกัน เว้นแต่จะมีข้อตกลงเป็นอย่างอื่น

ข้อ ๓ วิธีการรับฝาก รับบริจาค อสุจิ ไข่หรือตัวอ่อน

๓.๑ ผู้ฝากหรือผู้บริจาคอสุจิ ไข่หรือตัวอ่อนลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมในการฝากให้เก็บรักษาหรือบริจาคอสุจิ ไข่หรือตัวอ่อน

๓.๒ มีการตรวจผู้ฝากหรือผู้บริจาคอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อน เพื่อป้องกันการถ่ายทอดโรคติดต่อ เช่น เอชไอวี ตับอักเสบบและซิฟิลิส เป็นต้น

๓.๓ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่มีคุณสมบัติตามประกาศแพทยสภา จัดทำระบบข้อมูลในการเก็บรักษาและการบริจาคให้สามารถตรวจสอบติดตามการนำไปใช้ได้ ข้อมูลดังกล่าวต้องเก็บรักษาไว้ไม่น้อยกว่า ๒๐ ปี

๓.๔ มีระบบการเก็บรักษาที่แยกกันชัดเจนในกรณีที่มีการติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ

ข้อ ๔ การรับฝากไข่ต้องเป็นไปตามเงื่อนไขอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

๔.๑ การเก็บแช่แข็งไข่ของตนเองเพื่อวัตถุประสงค์ในการนำไปปฏิสนธิกับอสุจิของสามีที่ขอด้วยกฎหมาย

๔.๒ การเก็บแช่แข็งไข่ของตนเองก่อนการรักษาด้วยเคมีบำบัดหรือการรักษาอื่นที่อาจเป็นอันตรายต่อรังไข่

ข้อ ๕ การรับบริจาคไข่ต้องเป็นไปตามเงื่อนไข ดังนี้

๕.๑ ห้ามนำไข่ไปใช้เพื่อประโยชน์ทางการค้า

๕.๒ ผู้บริจาคไข่ต้องมีอายุระหว่าง ๒๐ ถึง ๓๕ ปี และผ่านการตรวจประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ

๕.๓ ผู้บริจาคไข่ต้องมีหรือเคยมีสามีที่ขอด้วยกฎหมาย กรณีที่มีสามีที่ขอด้วยกฎหมายต้องมีหนังสือยินยอมจากสามีที่ขอด้วยกฎหมายเป็นลายลักษณ์อักษร

๕.๔ ผู้รับบริจาคไข่ต้องเป็นผู้มีสัญชาติเดียวกันกับผู้บริจาค

๕.๕ ห้ามผู้รับบริจาคไข่ใช้ไข่จากผู้บริจาคมากกว่า ๑ คน ในแต่ละรอบการรักษา

๕.๖ ผู้บริจาคไข่ให้บริจาคไข่ได้ไม่เกิน ๓ ครั้ง

ข้อ ๖ การรับบริจาคอสุจิต้องเป็นไปตามเงื่อนไข ดังนี้

๖.๑ ห้ามนำอสุจิไปใช้เพื่อประโยชน์ทางการค้า

๖.๒ ผู้บริจาคอสุจิต้องมีอายุระหว่าง ๒๐ ถึง ๔๕ ปี และผ่านการตรวจประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจ

๖.๓ ผู้บริจาคอสุจิสามารถบริจาคอสุจิได้เฉพาะกรณีที่เมื่อบริจาคแล้วมีการตั้งครรภ์จนได้บุตรไม่เกิน ๑๐ ครอบครัว ในกรณีที่มีภริยาที่ขอด้วยกฎหมาย ผู้บริจาคอสุจิต้องได้รับความยินยอมเป็นหนังสือจากภริยาที่ขอด้วยกฎหมาย

ข้อ ๗ การรับบริจาคตัวอ่อนต้องเป็นไปตามข้อ ๕ ของประกาศแพทยสภาที่ ๙๕ (๔)/๒๕๕๘ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการสร้าง การเก็บรักษา การใช้ประโยชน์จากตัวอ่อนหรือการทำให้สิ้นสภาพของตัวอ่อน

ข้อ ๘ กำหนดระยะเวลาการเก็บอสุจิ ไข่ และตัวอ่อนไม่ต่ำกว่า ๕ ปี ยกเว้นมีข้อตกลงเป็นหนังสือไว้เป็นอย่างอื่น

ข้อ ๙ ในกรณีสถานพยาบาลที่ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ ยุติการให้บริการเกี่ยวกับการให้บริการเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์หรือยุติการดำเนินการ สถานพยาบาลให้ผู้ดำเนินการสถานพยาบาลติดต่อและส่งมอบตัวอ่อน อสุจิ หรือไข่ที่แช่แข็งไว้ให้ สถานพยาบาลอื่นที่ขึ้นทะเบียนและรายงานต่อคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยี ช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์เพื่อพิจารณาและดำเนินการต่อไป

ข้อ ๑๐ กรณีการใช้ตัวอ่อนเพื่อการตั้งครรภ์แทนที่ได้ดำเนินการก่อนประกาศนี้มีผลบังคับใช้ และได้แจ้งต่อราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยภายในเก้าสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ให้สามารถดำเนินการต่อไปได้โดยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัย เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์

ข้อ ๑๑ ให้ประธานคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ ทางทางการแพทย์เป็นผู้รักษาการตามประกาศนี้

ข้อ ๑๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

ศาสตราจารย์นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

นายกแพทยสภา

## ประกาศแพทยสภา

ที่ ๙๕ (๑๐)/๒๕๕๘

เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับ

การให้ความยินยอมให้นำอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อนของผู้ฝากนำไปใช้ได้หลังจากผู้ฝากตาย

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๗ (๘) และมาตรา ๔๓ แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการแพทยสภา จึงได้ออกประกาศแพทยสภาโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการให้ความยินยอมให้นำอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อนของผู้ฝากนำไปใช้ได้หลังจากผู้ฝากตาย ดังนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศแพทยสภา เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขเกี่ยวกับการให้ความยินยอมให้นำอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อนของผู้ฝากนำไปใช้ได้หลังจากผู้ฝากตาย”

ข้อ ๒ การให้ความยินยอมในการใช้อสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อนที่เกิดจากการดำเนินการใช้เทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์กับสามีหรือภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายหลังจากผู้ฝากตาย ต้องเป็นไปตามหลักเกณฑ์ ดังนี้

๒.๑ อสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อนถือเป็นสิทธิของสามีและภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายร่วมกัน ดังนั้น การตัดสินใจเกี่ยวกับการใช้เพื่อบำบัดรักษาภาวะการมีบุตรยากของสามีหรือภริยาดังกล่าวที่ยังมีชีวิตอยู่ จากอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อน การเก็บรักษา การทำให้สิ้นสภาพ จึงเป็นการเลือกและตัดสินใจของสามีและภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายนั้นร่วมกันรวมทั้งในกรณีที่สามีและภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายที่เป็นเจ้าของตัวอ่อนเสียชีวิตทั้งคู่ให้เป็นไปตามที่ระบุในหนังสือแสดงความยินยอมไว้แต่จะมีข้อตกลงเป็นอย่างอื่น

๒.๒ บุคคลที่มีสิทธิในการใช้อสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อน คือสามีหรือภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายที่ได้มีการระบุชื่อไว้ในหนังสือแสดงความยินยอม

๒.๓ อสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อนที่นำมาใช้ต้องมีอายุไม่เกิน ๕ ปี หลังจากผู้ฝากตาย

๒.๔ ห้ามใช้อสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อนเพื่อกิจการอื่นใดนอกเหนือจากการใช้เพื่อบำบัดรักษาภาวะการมีบุตรยากของสามีหรือภริยาที่ชอบด้วยกฎหมาย

ข้อ ๓ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องให้ข้อมูลอย่างเพียงพอแก่สามีและภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายในการใช้อสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อนหลังจากผู้ฝากตาย

๓.๑ สามีและภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายทุกรายที่เข้ารับบริการด้วยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ต้องได้รับคำแนะนำให้มีการระบุการตัดสินใจดังกล่าวไว้ในหนังสือแสดงความยินยอมตั้งแต่ก่อนจะเริ่มการรักษา

๓.๒ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องรักษาความลับของผู้รับบริการ เฉพาะสามี และภริยาที่ชอบด้วยกฎหมายของผู้เสียชีวิตเป็นผู้ที่มีสิทธิรับทราบข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับอสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อนของผู้เสียชีวิตที่เก็บรักษาไว้

ข้อ ๔ ในการนำเอาไข่หรือตัวอ่อนของผู้ตายไปใช้เพื่อให้หญิงอื่นตั้งครรภ์แทนต้องปฏิบัติตาม ขั้นตอนการตั้งครรภ์แทนตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์

ข้อ ๕ ให้ผู้รับผิดชอบในการดำเนินการจัดทำรายงานการใช้อสุจิ ไข่ หรือตัวอ่อนหลังจาก ผู้ฝากตาย ส่งไปยังกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ข้อ ๖ ให้ประธานคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์เป็นผู้รักษาการตามประกาศนี้

ข้อ ๗ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๙ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

ศาสตราจารย์นายแพทย์สมศักดิ์ โล่ห์เลขา

นายกแพทยสภา

## 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

แบบคำขออนุญาตดำเนินการให้มีการตั้งครุฑแทน แนนท้ายประกาศคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการขออนุญาตและการอนุญาตให้ผู้ที่ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ดำเนินการให้มีการตั้งครุฑแทน(มาตรา ๒๓)

เขียนที่ .....

วันที่ .....

เดือน .....

พ.ศ. ....

## ๑. ข้าพเจ้าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม(แพทย์ผู้ให้บริการ)

ชื่อ-สกุล .....

เลขประจำตัวประชาชน 

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

 อายุ .....

ปี สัญชาติ .....

อยู่บ้านเลขที่ ..... อาคาร .....

ซอย/ตรอก ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....

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

โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... E-mail: .....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ .....

ได้รับ  วุฒิบัตร  หนังสืออนุมัติ สาขาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา

สถาบันที่ฝึกอบรม .....

ได้รับ  วุฒิบัตร  หนังสืออนุมัติ อนุสาขาเวชศาสตร์การเจริญพันธุ์

สถาบันที่ฝึกอบรม .....

ได้รับ  คุณวุฒิอื่นจากต่างประเทศเป็นระยะเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย ๒ ปี และได้รับการรับรองคุณวุฒิจากแพทยสภา

สถาบันที่ฝึกอบรม .....

## ๒. ข้าพเจ้าขอให้ข้อมูลในการดำเนินการให้มีการตั้งครุฑแทน ดังนี้

## ๒.๑ สถานพยาบาลที่ให้บริการด้านเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์

ชื่อสถานพยาบาล .....

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

ซอย/ตรอก ..... ถนน ..... ตำบล/แขวง .....

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

โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... E-mail: .....

ชื่อผู้ประกอบกิจการ .....

เลขที่ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานพยาบาล .....

ชื่อผู้ดำเนินการสถานพยาบาล/ผู้อำนวยการโรงพยาบาล .....

เลขที่ใบอนุญาตดำเนินการสถานพยาบาล .....

เลขประจำตัวประชาชน 

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

ชื่อแพทย์ผู้รับผิดชอบในการให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ .....

เลขประจำตัวประชาชน 

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

## ๓. ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขออนุญาตดำเนินการให้มีการตั้งครุฑแทนแก่..... (สามี)

และ..... (ภริยา) โดยมี .....

เป็น

หญิงที่รับตั้งครุฑแทนในครั้งนี้ โดย

- ใช้ตัวอ่อนที่เกิดจากอสุจิของสามีและไข่ของภรรยาที่ขอบด้วยกฎหมายที่ประสงค์จะให้มีการตั้งครรภ์แทน
- ใช้ตัวอ่อนที่เกิดจาก  อสุจิของสามี  ไข่ของภรรยาที่ขอบด้วยกฎหมายที่ประสงค์จะให้มีการตั้งครรภ์แทน  
กับ  ไข่ของผู้อื่น  อสุจิของผู้อื่น

๔. ข้อบ่งชี้ที่ภรรยาไม่สามารถตั้งครรภ์เองได้ 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 - ภรรยา)
- ๕.๕ ผลการตรวจและประเมินความพร้อมทางด้านร่างกายจิตใจและสภาพแวดล้อมของสามีและภรรยาที่ขอบด้วยกฎหมาย  
หญิงที่รับตั้งครรภ์แทน และผู้บริจาคอสุจิหรือไข่ที่นำมาใช้ดำเนินการ รวมทั้งการป้องกันโรคที่อาจมีผลกระทบต่อเด็ก  
ที่จะเกิดขึ้นมาด้วย ตามประกาศแพทยสภากำหนด
- ๕.๖ สำเนาหนังสือแสดงความยินยอมและแบบคำอธิบายตามประกาศแพทยสภากำหนด
- ๕.๗ สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ
- ๕.๘ สำเนาใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานพยาบาลและดำเนินการสถานพยาบาล (เฉพาะสถานพยาบาลเอกชน)

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

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

แบบหนังสือแสดงความยินยอมให้มีการตั้งครุฑแทน(สำหรับคู่สามี - ภรรยา) แบบท้ายประกาศคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ เรื่องหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขในการขออนุญาตและการอนุญาตให้ผู้ให้บริการเกี่ยวกับเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ดำเนินการให้มีการตั้งครุฑแทน (มาตรา ๒๓)

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ข้าพเจ้าสามีที่ชอบด้วยกฎหมาย

๑.๑ ชื่อ-สกุล .....

เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทางเลขที่ 

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

 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. ข้าพเจ้าภรรยาที่ชอบด้วยกฎหมาย

๒.๑ ชื่อ-สกุล .....

เลขประจำตัวประชาชน/หนังสือเดินทางเลขที่ 

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

 อายุ ..... ปี

สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... อาคาร.....

ซอย/ตรอก..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail: .....

๒.๒ ที่อยู่ติดต่อได้

อยู่บ้านเลขที่..... อาคาร.....

ซอย/ตรอก..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

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

โทรศัพท์.....

๓. ข้าพเจ้าสามีและภรรยาที่ชอบด้วยกฎหมายมีความประสงค์ให้มีการดำเนินการตั้งครุฑแทน เนื่องจากไม่สามารถจะตั้งครุฑเองได้โดยมีหญิงที่รับตั้งครุฑแทน คือ นางสาว/นาง ..... ซึ่งหญิงที่รับตั้งครุฑแทน

๓.๑  เป็นญาติสืบสายโลหิต กับ  สามี  ภรรยา

โดยมีความสัมพันธ์เป็น ..... หรือ

๓.๒  ไม่เป็นญาติสืบสายโลหิต กับสามีและภรรยาที่ชอบด้วยกฎหมาย

โดยมีความสัมพันธ์กับสามีหรือภรรยาที่ชอบด้วยกฎหมายในทางสังคมเป็น .....

.....

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 แบนท้ายประกาศคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ 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 น้ำหนักแรกเกิด .....๒. 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 ไม่ว่าจะ เป็นรอบธรรมชาติ หรือรอบที่กระตุ้นด้วยยาฮอร์โมน
- เจาะดูดเก็บไข่ (aspiration) หมายถึงรอบที่มีการเจาะดูด เพื่อการเก็บไข่ ไม่ว่าจะ ได้เซลล์ไข่หรือไม่
- 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 (ไม่เกี่ยวข้องกับ การตั้งครรภ์ 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**

<b>Country name:</b>
<b>City name:</b>
<b>Clinic name:</b>
Contact person (Full name)
Institution
Street
City
Zip code
Telephone
Fax.
Email
<b>Clinic status:</b> 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**

<b>Country name:</b>		<input type="text"/>
Contact person:	Full name	
	Institution (precise if governmental or professional body)	
	Address	
	Tel.	
	Fax:	
	Email	
<b>Number of ART clinics in the country:</b>	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"/>
<b>Size of ART clinics.</b> 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)		
<b>Reporting requirement</b> 1. Compulsory; 2. Voluntary		<input type="checkbox"/>
<b>Responsibility for the register.</b> 1. National Health Authority; 2. Medical Organization; 3. Other (describe)		<input type="checkbox"/>
<b>Reporting methods:</b>		
	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"/>
<b>Link to other registers</b>		
	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	
<b>National number of births in the same year (if available)</b>		
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	$\leq 30$	30 – 34	35 – 39	$\geq 40$
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							
<b>Total</b>							

**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							
<b>Total</b>							

**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							
<b>Total</b>							

**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 <sup>a</sup> Number of Neonates / Fetuses		
	Total <sup>b</sup> Deliveries	Still- births	Live Births	Neonatal Deaths	Unknown	Delivered (≥ 20 weeks) <sup>c</sup>	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 <sup>a</sup> Number of Neonates / Fetuses		
	Total <sup>b</sup> Deliveries	Still- births	Live Births	Neonatal Deaths	Unknown	Delivered (≥ 20 weeks) <sup>c</sup>	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 <sup>a</sup> Number of Neonates / Fetuses		
	Total <sup>b</sup> Deliveries	Still- births	Live Births	Neonatal Deaths	Unknown	Delivered (≥ 20 weeks) <sup>c</sup>	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 <sup>a</sup> Number of Neonates / Fetuses		
	Total <sup>b</sup> Deliveries	Still- births	Live Births	Neonatal Deaths	Unknown	Delivered (≥ 20 weeks) <sup>c</sup>	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 <sup>a</sup> Number of Neonates / Fetuses		
	Total <sup>b</sup> Deliveries	Still- births	Live Births	Neonatal Deaths	Unknown	Delivered (≥ 20 weeks) <sup>c</sup>	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 <sup>a</sup> Number of Neonates / Fetuses		
	Total <sup>b</sup> Deliveries	Still- births	Live Births	Neonatal Deaths	Unknown	Delivered (≥ 20 weeks) <sup>c</sup>	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*
<b>Ovarian hyperstimulation syndrome: Total</b>				
Requiring hospitalization				
<b>Complications of oocyte retrieval: Total</b>				
<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

## Form 6. List of Congenital Anomalies (Malformations and Genetic Abnormalities)

Congenital anomalies (Describe) One line per baby / fetus	Woman's age	ART		Gestational age at birth / abortion	Status
		Technic	Semen / sperm		

Woman's age at conception  
 ART technique : IVF, ICSI, FET (IVF or ICSI), oocyte donation  
 ART semen : ejaculated (spouse / donor), TESE, MESA, Fresh or frozen,  
 Gestational age : completed weeks of amenorrhea (count 14 days before oocyte recovery)  
 Status : Spontaneous abortion, Induced abortion, Stillbirth, Live Birth, neonatal death

**Form 6. List of Congenital Anomalies  
(Malformations and Genetic Abnormalities)**

Continued

Congenital anomalies (Describe) One line per baby / fetus	Woman's age	ART		Gestational age at birth / abortion	Status
		Technic	Semen / sperm		

Woman's age at conception  
ART technique : IVF, ICSI, FET (IVF or ICSI), oocyte donation  
ART semen : ejaculated (spouse / donor), TESE, MESA, Fresh or frozen,  
Gestational age : completed weeks of amenorrhea (count 14 days before oocyte recovery)  
Status : Spontaneous abortion, Induced abortion, Stillbirth, Live Birth, neonatal death

## ประกาศคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยี

### ช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์

เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการขออนุญาตและการอนุญาตให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม  
ใช้ตัวอ่อนที่เหลือใช้จากการบำบัดรักษาภาวะการมีบุตรยากของสามีและภริยาที่ขอด้วยกฎหมาย  
เพื่อการศึกษาวิจัย

พ.ศ. ๒๕๕๘

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขในการขออนุญาตและการอนุญาตให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใช้ตัวอ่อนที่เหลือใช้จากการบำบัดรักษาภาวะการมีบุตรยากของสามีและภริยาที่ขอด้วยกฎหมายเพื่อการศึกษาวิจัย เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องและชัดเจนต่อผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และเพื่อให้การปฏิบัติงานของคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๗ (๖) และมาตรา ๓๗ แห่งพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๘ คณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

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

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“ตัวอ่อนที่เหลือใช้” หมายความว่า ตัวอ่อนที่เหลือใช้จากการบำบัดรักษาภาวะการมีบุตรยากของสามีและภริยาที่ขอด้วยกฎหมาย

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์

ข้อ ๔ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ประสงค์จะใช้ตัวอ่อนที่เหลือใช้เพื่อการศึกษาวิจัย จะต้องได้รับการอนุญาตจากคณะกรรมการ

ข้อ ๕ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ประสงค์จะใช้ตัวอ่อนที่เหลือใช้เพื่อการศึกษาวิจัย ต้องยื่นคำขออนุญาตใช้ตัวอ่อนที่เหลือใช้เพื่อการศึกษาวิจัย ตามแบบ คทพ. ๗ ท้ายประกาศนี้ พร้อมด้วยหนังสือแสดงความยินยอมจากสามีและภริยาเจ้าของตัวอ่อนในการให้ใช้ตัวอ่อนที่เหลือใช้พร้อมหลักฐานต่าง ๆ ตามที่คณะกรรมการกำหนด โดยให้ยื่นต่อผู้อนุญาตที่สำนักงานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข หรือที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ประสงค์จะใช้ตัวอ่อนที่เหลือใช้เพื่อการศึกษาวิจัยมีภูมิลำเนา แล้วแต่กรณี

การยื่นคำขอต่อผู้อนุญาตตามประกาศนี้ หากไม่สามารถมายื่นขอได้ด้วยตนเอง ให้ทำหนังสือมอบอำนาจให้ผู้อื่นมายื่นคำขอแทนและในการมายื่นคำขอแทนให้ผู้รับมอบอำนาจนำสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับมอบอำนาจมาแสดงต่อเจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอด้วย ทั้งนี้ อาจยื่นคำขอผ่านทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ได้

ข้อ ๖ คำขออนุญาตใช้ตัวอ่อนที่เหลือใช้เพื่อการศึกษาวิจัยพร้อมเอกสารและหลักฐานต่าง ๆ ให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพเสนอต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณา

ในการพิจารณาของคณะกรรมการ ให้คณะกรรมการพิจารณาคำขออนุญาตในการใช้ตัวอ่อนที่เหลือใช้เพื่อการศึกษาวิจัยพร้อมเอกสารหลักฐานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องให้แล้วเสร็จภายใน ๖๐ วันทำการ นับแต่วันที่ได้รับคำขอและเอกสารถูกต้องครบถ้วน หากพิจารณาไม่แล้วเสร็จให้ขยายเวลาได้ครั้งละไม่เกิน ๓๐ วันทำการและสามารถขยายระยะเวลาได้ไม่เกิน ๒ ครั้ง

เมื่อคณะกรรมการได้พิจารณาอนุญาตให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมใช้ตัวอ่อนที่เหลือใช้จากการบำบัดรักษาภาวะการมีบุตรยากของสามีและภรรยาที่ชอบด้วยกฎหมายเพื่อการศึกษาวิจัย ให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ แจ้งเป็นหนังสือแก่ผู้ยื่นคำขออนุญาต

ข้อ ๗ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ประสงค์จะใช้ตัวอ่อนที่เหลือใช้จากการบำบัดรักษาภาวะการมีบุตรยากของสามีและภรรยาที่ชอบด้วยกฎหมายเพื่อการศึกษาวิจัย ต้องดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

๗.๑ ยื่นขออนุญาตแสดงความประสงค์ที่จะใช้ตัวอ่อนที่เหลือใช้จากการบำบัดรักษาภาวะการมีบุตรยากของสามีและภรรยาที่ชอบด้วยกฎหมายเพื่อการศึกษาวิจัย โดยจะต้องมีหนังสือแสดงความยินยอมจากสามีและภรรยาเจ้าของเซลล์สืบพันธุ์ และ

๗.๒ ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยจากหน่วยงานหรือสถาบันนั้น ๆ

ข้อ ๘ หนังสือแสดงความยินยอมให้ใช้ตัวอ่อนที่เหลือใช้ต้องมีข้อความที่แสดงว่ายินยอมให้นำตัวอ่อนที่เหลือใช้ไปทำการวิจัยได้ โดยความยินยอมนั้นต้องเป็นไปโดยสมัครใจและผู้แสดงความยินยอมจะไม่อ้างสิทธิในประโยชน์อันเกิดจากการวิจัยในภายหลัง

ข้อ ๙ ให้คณะกรรมการมีอำนาจในการขอหลักฐานเอกสารอื่น ๆ เพิ่มเติมจากผู้ยื่นคำขออนุญาตได้ หากกรณีมีข้อสงสัยใดเพื่อประกอบการพิจารณา

ข้อ ๑๐ ให้ประธานคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์เป็นผู้รักษาการตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๕ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

สุริยะ วงศ์คงคาเทพ

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ

ประธานคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยี

ช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์

แบบคำขออนุญาตใช้ตัวอ่อนที่เหลือใช้จากการบำบัดรักษาภาวะการมีบุตรยากของสามีและภริยาที่ขอด้วยกฎหมายเพื่อการ  
ศึกษาวิจัย แบบทำยประกาศคณะกรรมการคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันธุ์ทางการแพทย์ เรื่อง หลักเกณฑ์  
วิธีการ และเงื่อนไขในการขออนุญาตและการอนุญาตให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ใช้ตัวอ่อนที่เหลือใช้จากการบำบัดรักษา  
ภาวะการมีบุตรยากของสามีและภริยาที่ขอด้วยกฎหมายเพื่อการศึกษาวิจัย(มาตรา ๓๗)

เขียนที่ .....  
วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

๑.ข้าพเจ้าผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

๑.๑ ชื่อ-สกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน 

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

 อายุ ..... ปี สัญชาติ.....  
อยู่บ้านเลขที่ ..... อาคาร.....  
ซอย/ตรอก..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....  
อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail:.....  
สำเร็จแพทยศาสตรบัณฑิต พ.ศ. .... สถาบัน.....  
เลขที่ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ.....  
ออกให้ ณ วันที่.....

๑.๒ ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะขออนุญาตใช้ตัวอ่อนที่เหลือจากการรักษาภาวะการมีบุตรยากของสามีและภริยาที่ขอด้วยกฎหมาย  
เพื่อการศึกษาวิจัย เรื่อง .....

๑.๓ ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานต่างๆ มาด้วย จำนวน..... ฉบับ คือ

- ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
- หนังสือยินยอมให้ใช้ตัวอ่อนที่เหลือใช้จากการบำบัดรักษาภาวะการมีบุตรยากของสามีและภริยา
- ใบรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
- โครงร่างการวิจัย

(ลายมือชื่อ)..... ผู้ยื่นคำขอ/แพทย์  
ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม  
( ..... )