

Упражнение 07; 2023/2024 г.

Репродуктивна етика

ас. д-р Костадин Костадинов

Развитието на науката навлезе много решително и в най-интимната човешка сфера, свързана със сексуалните взаимоотношения и създаването на нов живот. Заедно с това медицинската професия се изправи пред нови, сложни за решаване, а понякога и непредвидими морални проблеми, които могат да се разгледат в две направления:

1. Етични проблеми, свързани с възпрепятстване или ограничаване на забременяването:

1. контрацепция;
2. стерилизация;
3. прекъсване на бременността (аборт)

2. Етични проблеми, свързани със стерилитета и безплодието:

1. изкуствено осеменяване;
2. оплождане in-vitro;
3. сурогатно майчинство;

Етични проблеми, свързани с възпрепятстване или ограничаване на забременяването

Контрацепция

Интересът към контрацепцията датира от древни времена и е продиктуван от възможността за регулиране на размера на семейството, без да бъде нарушаван сексуалният живот на двойката. Контрацептивните техники и средства и правните аспекти на прилагането им привличат по-ограничено внимание в сравнение със стерилизацията и аборта. Етичните аспекти на контрацепцията могат да се разгледат в няколко направления:

1. *Религиозни влияния.* Отношението към контрацепцията варира при различните религии. Абсолютно либерално отношение не се наблюдава при никоя религия, нп. протестанството, хиндуизма и будизма допускат семейно планиране. В исляма контрацепцията е оправдана по здравословни и икономически причини. Католицизмът категорично забранява изкуствената контрацепция

2. *Медицински проблеми*, свързани с подбора на най-подходящите за конкретното лице контрацептивни средства и избягването на нежелани странични ефекти.
3. Особени етични проблеми възникват пред лекаря в случаите на предписване на контрацептиви на *подрастащи*. Резервите са свързани с представата, че употребата им може да насърчи ранния и безразборен полов живот. От друга страна, ако лекарят откаже да предпише подходящо контрацептивно средство на непълнолетно момиче, много е вероятно то да потърси друг лекар или да се снабди от друг източник с не най-подходящите за възрастта и здравословното си състояние средства. Следователно, в тези случаи е необходимо водещо да бъде съображението да се действа в интерес на здравето на лицето. В някои щати на САЩ, Холандия и др. законодателно е въведено правото на лекаря да прилага средства против забременяване на „еманципирани малолетни“, които самостоятелно се обръщат към лекаря с искане, без да е необходимо съгласието на родителите. Основание за такива законови разпоредби е обстоятелството, че от страх да кажат на родителите си, такива малолетни са застрашени да останат без защита при тежки последици на сексуалния живот. Утвърдено е схващането, че при непълнолетните и малолетни те водещо правило е да се предписва средство, съобразено с величината на риска за здравето.
4. Етични проблеми възникват и във връзка със сексуалната активност при *психично увредени хора*. Очевидно при тях не може да се разчита на упражняване на самоконтрол или на предприемане на мерки срещу забременяване. Тогава морално правилно ли е да се прилагат при такива лица депо контрацептивни препарати?

Стерилизация

Стерилизацията е хирургичен метод на контрацепция с голям процент не обратимост, поради което тук са налице по-особени етични проблеми

1. За разлика от контрацепцията, необратимостта на намесата при стерилизиране изисква с още по-голяма сила съблюдаването на изискванията за адекватно и пълно информиране на лицето, което желае да бъде стерилизирано, преди да се получи неговото свободно съгласие.
2. Стерилизацията е напълно неприемлива при психически болни лица, които са лишени от психическа годност свободно да изразяват волята си. Аргументите, че при психично болни с подчертана наследствена обремененост, стерилизацията е средство да се предотврати предаването на болестната заложба в поколението, въпреки своята привидна рационалност, поражда асоциация с престъпленията на нацизма. Недопустимо е такива аргументи да са основание за принудителна стерилизация.
3. Стерилизацията е етично и правно оправдана само по медицински съображения: за запазване на здравето; като необходим компонент на друга неотложна медицинска намеса; когато лицето счита, че е изпълнило планираната репродукция.

Все още е ограничен броят на страните в Европа, които са създали специален законов регламент за стерилизация. Това отразява трудностите и противоречията в социалните нагласи към стерилизацията като метод за контрол на раждаемостта. Резервите, породени от нацистките злоупотреби, спъват развитието на либералните тенденции, основани върху индивидуалното право на решение за стерилизация. Според законовата уредба за стерилизацията европейските страни могат да се разделят на няколко групи:

- Страни, в които стерилизацията с цел контрацепция е разрешена и няма допълнителни изисквания за съгласие от друга страна (освен пациента) или за брой вече родени деца – Великобритания, Германия, Италия, Испания, Холандия, Люксембург.
- Страни, в които стерилизацията с цел контрацепция е разрешена, но има допълнителни изисквания за съгласие от друга страна, възраст и/или брой вече родени деца – Австрия, Дания, Португалия, Финландия, Швеция, Чехия, Унгария. В Австрия, Дания, Португалия – доброволна стерилизация се разрешава на лица, навършили 25 години след мнение на специално упълномощена комисия. Във Финландия доброволна стерилизация се разрешава на лица над 30 години или с повече от 3 родени деца; стерилизация по евгенични или социално-икономически причини трябва да бъде одобрена от специално упълномощена комисия. В Швеция законът разрешава стерилизация на лица над 25 години свободно, а под тази възраст – само с разрешение на специална комисия. В Чехия законът позволява стерилизация над 35 години и родени повече от 3 деца. В Унгария законът е най-пъстр на изисквания – стерилизацията е разрешена при лица над 40 години или над 35 години с повече от 3 родени деца или над 30 години с повече от 4 родени деца; задължително е информирането на партньора.
- Страни с неясно законодателство – Белгия, Гърция, Ирландия, Малта, Монако, Полша. В България няма нормативно уреждане на въпроса за стерилизацията, което означава, че извършването на нетерапевтична стерилизация, дори със съгласието на пациента, може да се тълкува като непозволено увреждане – тежка телесна повреда – причиняване на детеродна неспособност.

Аборт

Проблемът за аборта представлява един от най-големите морални дебати на нашата епоха. Допустимостта на аборта е била спорен въпрос на цялата човешка история и той се е решавал в зависимост от моралните, религиозни и социално-икономически условия на различните общества.

При народите от Древния изток абортът е прилаган основно по икономически индикации – при война, бедствия, глад. Аристотел го е препоръчвал в случаи на неосигурено съществуване на гражданите – социални индикации. Сараи Ефрейски в своето съчинение „Женските болести“ го е допускал само в интерес на запазване живота на майката – медицински индикации. В клетвата на Хипократ е посочена недопустимостта на извършване на аборт от лекар или помощта му в тази насока: „*На никоя жена няма да дам лекарство да пометне*“. По-късно в Римската империя каноническото право е преследвало изкуствените аборти като детеубийство; по подобен начин е третиран абортът и през Средните векове.

Дискусията „за“ и „против“ аборта е обвързана с дискусията около моралния статус на човешкия ембрион. Разграничават се следните теории за моралния статус на човешкия ембрион (Личност ли е човешкия ембрион?):

1. Концепционална теория — човешкият ембрион е личност от момента на зачеването. Съществуват две различни линии на аргументация на тази теория:
 1. Биологична аргументация — от биологична гледна точка в оплодената яйцеклетка се съдържа цялата информация на зрелия индивид; търсенето на друг момент в развитието ѝ, който да превърне ембриона в човек е изкуствено.
 2. Религиозна аргументация — Бог определя дали яйцеклетката да бъде оплодена или не. Ако това се случи, следователно Бог е пожелал да създаде ново и уникално човешко същество, което като

всички остана ли има уникална връзка с Него. Животът на всяко човешко същество е ценен сам по себе си и намесата във взаимоотношенията между Бог и човек е морално недопустима.

2. Теория за постепенното развитие на ембриона. Според тази теория моралният статус на ембриона нараства успоредно с развитието му. Следователно, важен е въпроса в кой точно момент човешкият ембрион се превръща в завършена личност. Доминираща е теорията за „раждането на мозъка“, според която не може да се приема за човешко същество онова, което е преди появата на мозъчната тъкан и функции. Това става 22 гестационна седмица от развитието на плода, когато неокортексът започва да произвежда електрически вълни, улавяни от ЕЕГ.

Теориите за моралния статус на човешкия ембрион са в основата на три основни позиции в дебата около допустимостта на аборта:

1. *Pro-life* позиция (в подкрепа на живота на ембриона). Привържениците на тази позиция разглеждат аборта като морално недопустим. Според тях човешкият ембрион е личност от момента на оплождането (концепционална теория) и следователно абортът е равносителен на убийство. Централна норма в тази позиция е уважението към човешкия живот. Съществуват различни течения в самата Pro-life позиция:

1. Крайно течение – никога при никакви обстоятелства абортът не е морално оправдан, дори и при заплахата за живота на бременната. След като човешкият живот е необходима предпоставка за всички останали ценности, той трябва да бъде уважаван безпрекословно. Тук се причисляват и различните религии със специфичната им аргументация
2. Умерено течение — абортът е допустим единствено при заплахата за живота на бременната. Аргументацията е аналогична с приемането на убийство в ситуация на защита на собствения живот.

2. *Pro-choice* позиция (в подкрепа на автономния избор на бременната). Според привържениците на тази позиция съществува асиметрия между моралния статус на бременната и на човешкия ембрион; на бременната се гледа като на завършена личност и абортът е морално допустим, ако изборът ѝ е автономен. Централна норма в тази позиция е уважението на автономността. И тук съществуват различни течения

1. Крайно течение – автономното решение на бременната трябва да бъде уважено независимо от мотивите ѝ за него.
2. Умерено течение – автономното решение на бременната може да бъде уважено само, ако мотивите ѝ са сериозни.

3. Междина позиция. Преценката на моралната допустимост на аборта зависи от конкретните обстоятелства. Под внимание се вземат мотивите на бременната (за сериозни се считат тежка генетична аномалия на плода; бременност, настъпила в резултат на изнасилване или въпреки употребата на контрацептиви; реална перспектива за отхвърляне на детето от страна на майката след раждането) и срока на бременността. В основата на тази позиция лежи теорията за постепенното развитие на ембриона. Следователно, ако бременността е преди 22-ра гестационна седмица и мотивите на бременната са сериозни, абортът е морално допустим.

Върху формирането на т. нар. **абортно право** оказват влияние многобройни психологични, религиозни, демографски, социологически и други съображения. Понастоящем 1/4 от населението на света живее в

страни, където абортът е забранен или е разрешен само, когато трябва да се спаси животът на бременната. По-голямата част от държавите в Европа разрешават аборта по желание на жената до 12 г.с. В Ирландия аборт може да се извърши само при заплахата за живота на бременната. В Полша, Португалия и Испания освен при заплахата за живота на жената аборт се допуска и за запазване на физическото и психическото ѝ здраве. Във Великобритания и Финландия аборт се допуска и по социални и икономически причини. В България режимът на изкуствено прекъсване на бременността по желание премина от етап на либерализация съгласно Инструкцията от 1956 г. до пълно ограничаване на извършването на аборт от всички жени, които нямат повече от две живи деца, въведено с Инструкцията за изкуствено прекъсване на бременността от 1973 г. През 1974 г. е направено изменение в Инструкцията по отношение на неомъжените, вдовиците и жените над 40-годишна възраст. Пълна либерализация се постига с Наредба № 2 за условията и реда за изкуствено прекъсване на бременността от 1990 г. Аборт по желание по реда на тази Наредба може да извърши всяка бременна жена, която няма медицински противопоказания за аборт, при срок на бременността **до 12 г.с.**, само в лечебно заведение. Аборт, извършен в нарушение на разпоредбите, е криминален и за това се носи наказателна отговорност. При съмнение за извършен криминален аборт в срок от 24 часа се уведомяват съответната прокуратура и МВР. От бременната се събират данни в присъствието на двама медицински специалисти; вписват се всички данни от прегледа и се подписват от специалистите и пациентката. При срок на бременността над 12 г.с., но не повече от 20 г.с. аборт може да се извърши само по медицински показания въз основа на решение на специална лекарска комисия. Ако причината е вродена аномалия на плода, задължително в състава на комисията се включва специалист по генетика.

Етични проблеми, свързани със стерилитета и безплодието:

Изкуствено осеменяване

При намалена, но не липсваща оплодителна способност, първо средство на избор е **изкуствено осеменяване от първи тип** (със сперма на съпруга). Този метод е известен преди повече от 100 години, но започва да се използва широко едва през последните десетилетия. Изкуственото осеменяване се състои във въвеждане във влагалището на жената по изкуствен път на генетичен материал; самото оплождане обаче става в тялото на жената. Първият тип осеменяване не е свързан с особени последици в правно, психологично или етично отношение. Възраженията срещу процедурата са от религиозно естество. Поставя ги католическата църква, която от една страна не приема мастурбацията като метод за добиване на генетичния материал и от друга, защитава възгледа, че създаването на нов живот е свято тайнство, достъпно само при телесно общуване на брачната двойка.

При пълна липса на оплодителна способност от страна на мъжа може да се пристъпи към изкуствено осемяване от втори тип (с донорска сперма). В този случай възникват доста етични проблеми:

1. В брачната двойка се намесва трети човек (донорът).
2. Възниква асиметрия в семейството – детето е генетичен наследник само на майката.
3. Възможно е детето да притежава някои качества на донора, които бащата от семейството да не приема.
4. Конфликт между правото на донора на анонимност и правото на всеки човек да знае кои са биологичните му родители. В някои Европейски страни бяха приети закони, отменящи гарантираната анонимност на

донорите на сперма и даващи право на детето да получи информация за генетичния си родител след навършване на 18-годишна възраст (Великобритания, Германия, Дания, Холандия, Финландия). В други страни все още се гарантира анонимност на донора (Белгия, Гърция, Испания, Русия, Украйна, Чехия), като в някои случаи семейната двойка получава само най-обща информация за неговия фенотип.

5. Проблемата за броя на осеменяванията от един донор, тъй като се създава някаква минимална вероятност от кръвосмесителни контакти между потомството.
6. Съвременната техника за замразяване откри широка възможност за съхраняване жизнеспособността на спермата течност и създаване на спермени банки, замразяване на ембриони и овариална тъкан. Морално допустимо ли е използване на сперматозоиди на лица след смъртта им?
7. Кои са морално допустимите критерии за подбор на донорите? Страните-членки на Европейския съюз имат сходно законодателство по отношение на репродуктивните технологии. Приложение на изкуствено оплождане след смъртта на донора не се допуска. Изключение правят Белгия и Великобритания. Във Великобритания обаче се изисква изразено приживе съгласие на донора за оплождане с неговия материал след смъртта му.

Оплождане in-vitro

При женски стерилитет традиционно първо средство на избор е in-vitro. Методът се прилага и при мъжки стерилитет, когато сперматозоидите не са увредени в такава степен, че да не могат да се придвижат и слезат с яйцеклетката при изкуствени условия. За първи път през 1960 г. италианският учен Даниел Петручи е успял да отгледа в продължение на цял месец жив човешки ембрион извън тялото на майката. Първото бебе, дошло на бял свят след оплождане на овоцит в епруветка, е Луиза Браун, родена през 1978 г. в САЩ. Автори на експеримента са Роберт Едвартс и Патрик Стрептоуз. Технически процедурата се свежда до следното: Лекарят отделя яйцеклетките от яйчника (предварително жената преминава цикъл на хормонална яйчникова стимулация) чрез лапароскопия. Яйцеклетката бива "посадена" върху лабораторна среда заедно със спермена течност за оплождане. След няколко деления на оплодената яйцеклетка, лекарят я въвежда в матката на жената или на друга жена в подходящ хормонален цикъл. При подходящо създадени условия имплантацията и развитието на плода завършват с раждане на детето по естествен път.

Новият метод поражда сериозна дискусия, в която се кръстосват научно-технически, биомедицински, етични, правни, религиозни, социално-политически съображения. In-vitro фертилизацията получи одобрение в целия свят, освен официалната позиция на Римо-Католическата църква, според която оплождането извън майчината утроба е абсолютно забранено. Ислямската религия пак допуска изкуствено осеменяване и in-vitro фертилизация само със сперма от съпруга, но не и от друг донор. Светската власт защитава неприкосновеното право на личността за собствен избор. Всички техники за преодоляване на стерилитета в семейството, имат своето оправдание, защото тяхната цел е реализирането на човешката природа. Преди да разгледаме етичните проблеми в различните етапи на in-vitro фертилизацията, редно е да отбележим, че процедурата е добила огромна популярност.

1. Неизбежната овариална хиперстимулация поставя въпроса за канцерогенния риск при пациентките в сравнение с общата популация.
2. След преминаването на необходимата степен на делене готовите за имплантиране ембриони се подлагат на генетични тестове (преимплантационна диагностика). Изтъкват се множество аргументи против преимплантационната диагностика като:

1. ниската надеждност на теста и бремето на един фалшиво отрицателен резултат;
 2. допълнителната загуба на ембриони;
 3. неизвестните рискове за бъдещия индивид;
 4. създаването на нереалистична представа сред пациентите за „гарантирано здрав ембрион“, когато всъщност тестовите китове са към няколко най-тежки и с известна генна локализация заболявания;
 5. риска от увреждане бъдещото развитие на ембриона в резултат на отделянето на клетките за генетично тестване и др. Дискутират се и макроетични съображения: Широкото приложение на преимплантационната диагностика не би ли довело до социална дискриминация на хората с генетични разстройства? Няма ли опасност за оказване на директен или индиректен натиск върху бъдещите родители за получаване на съгласието им за преимплантационна диагностика? И макар че преимплантационната диагностика поражда редица етични проблеми, тя очевидно предлага и конкретно решение за двойки със значителен генетичен риск за поколението. Не бива да се забравя и че двойките пристъпващи към In-vitro фертилизация в резултат на продължителното изследване на инфертилитета са често в по-напреднала възраст. Това от една страна е свързано с повишен риск от генетични аномалии. От друга страна, шансовете изобщо за успех на имплантирането са по-големи при здрави ембриони. Внимателното балансиране на ценностите в конкретните случаи може да подпомогне приложението на преимплантационната диагностика по такъв начин, че да се постигне човешки възможно, макар и да знаем, че си остава невъзможно реализирането на човешки желаното.
3. За увеличаване на вероятността за успешно имплантиране се въвеждат няколко ембриона (някои клиники практикуват въвеждане на 4 и повече ембриона). Това води със себе си по-голяма честота на многоплодни бременности, по-високи коефициенти на майчина и детска смъртност, по-често преждевременно раждане на недоносени деца. Двойката може и да не желае всички ембриони и да постави въпроса за селективен аборт на някои от плодовете (редукция на ембрионите). Това пак от една страна е обвързано с риск от предизвикване на спонтанен аборт и обезсмисляне на цялата процедура до момента
4. Проблем, който също не бива да се пренебрегва, е и моралността на изискването от медицинските професионалисти да употребят знанията и уменията си (и ограничените ресурси на системата) за унищожаване на здрави плодове. При успешна имплантация и настъпване на бременност се изправяме и пред един от най-обсъжданите проблеми във връзка с ин-витро фертилизацията – съдбата на „излишните ембриони“, които сме създали „за всеки случай“, ако се наложат следващи опити. Възможните линии на поведение са:
1. Замразяване. Първото дете, създадено от замразен ембрион е родено през 1983 г. и се нарича Зое. Замразяването не е дефинитивно решение, тъй като рано или късно отново ще се изправим пред въпроса какво да правим със замразените ембриони. Колко дълго да съхраняваме замразените ембриони? Ако те не се използват от двойката генетични родители, могат ли да се предоставят на друга двойка? Какво влияние оказва замразяването върху бъдещия индивид? Различни ли са шансовете за успех на ин-витро фертилизацията при използване на пресни ембриони и на размразени ембриони? По-високи ли са рисковете за децата, развили се от размразени ембриони? Какво е усещането да имаш замразен брат или сестра?
 2. Унищожаване. Част от ембрионите могат да загинат още при процеса на замразяване, а други могат съзнателно да бъдат унищожени. Ако гледаме на ембриона като на личност, това етично допустимо ли е?

3. Използване за изследователска работа. Това е един от най-сериозните дебати в съвременната етика. Становищата варират от крайно положи телно до крайно отрицателно, но въпреки това за момента е постигнат консенсус, че човешки ембриони могат да се използват за изследователска работа, ако:
 1. не са създадени умишлено за тези цели, а са „излишни“;
 2. не са в по-напреднала фаза на развитие от 14-тия ден, когато настъпва диференциация на ембрионалните клетки;
 3. ако целта е усъвършенстване на самата процедура, обогатяване на познанията по човешкия геном и генетичните заболявания; а по отношение на използването на ембриони за клониране, това е морално допустимо **само за целите на терапевтичния, но не и на репродуктивния клонинг**

Сурогатно майчинство

In-vitro фертилизацията, обаче, не може да разреши проблема с репродукцията в случаите, когато жената не може да износи бременността. Тогава се обсъжда като алтернатива използването на сурогатна майка (майка-заместител). Подходът е много проблематичен от морална гледна точка, по ради което много малко законодателства го разрешават.

1. Критикуван е биомеханистичния подход към жената като към машина за възпроизводство, от която се очаква съвестно да износи бременност та, но на която се отрича правото да развие нормална привързаност към плода в утробата си.
2. Не по-малко оспорвана е комерсиализацията на процедурата, която поставя под въпрос дори и най-чужданата мотивация на едно човешко същество да помогне на друго. До къде се простира границата на възможностите за взаимопомощ? Още Кант е казал, че не може да се третира едно човешко същество като средство за постигане на целите на друго човешко същество.
3. В случаите, когато в ролята на сурогатна майка влиза роднина на генетичната майка или баща, се избягва комерсиализацията, но се създават сложни социални и родствени взаимоотношения с новороденото.
3. Коя е истинската майка?
4. До къде се простира уважението на автономността на майката-заместител? Имат ли генетичните родители право да настояват майката-заместител да води здравословен начин на живот по време на бременността?
5. Имат ли родителите право да искат пренатална диагностика за аномалии? Ако да, имат ли право да настояват за аборт?
6. Има ли някакви права съпруга на майката-заместител – право на съгласие за процедурата, която все пак променя сериозно традиционните семейни взаимоотношения?
7. Детето може да има увреждания и двойката да не иска да го приеме. Обществото има ли задължение да поеме грижите за детето?
8. Има ли морална разлика между майка-заместител, „наета“ от двойка, която не може да има дете по медицински съображения и двойка, можеща да има деца, но нежелаеща да се подлага на „неудобството на бременността“?
9. Морално допустимо ли е „наемането“ на сурогатна майка от хомосексуална двойка?

Първата страна в света, въвела държавно контролирано сурогатство, е Израел. Според израелското законодателство сурогатна майка може да бъде само неомъжена жена, вдовица или разведена жена и тя може да бъде „наета“ само от хетеросексуална двойка. Сред страните с разрешено сурогатство са също Гърция, Украйна и Великобритания, както и в някои щати на САЩ (Арканзас, Калифорния, Илинойс, Масачузетс, Ню Джърси, Вашингтон). Много дебати предизвиква официално разрешеното комерсиално сурогатство в Индия, превърнало страната в предпочитана „сурогатна дестинация“.

България се нарежда между страните, в които за момента не е разрешено сурогатството. У нас съгласно Семейният кодекс за майка се счита жената, която го е родила, включително при асистирана репродукция. Законът забранява оспорване на бащинство при дадено писмено съгласие на съпруга за извършване на асистирана репродукция на съпругата му. Колкото по-дълбоко медицината навлиза в човешката репродукция, с толкова повече и по-трудни етични дилеми ще се сблъсква. Колкото повече научаваме, толкова повече разбираме колко много не знаем!

Правни аспекти на репродуктивните технологии

Условия и ред за вземане на сперматозоиди

1. Сперматозоиди могат да бъдат вземани от всеки пълнолетен мъж, който не е поставен под запрещение, отговаря на критериите за подбор и е дал писмено информирано съгласие.
2. Сперматозоиди могат да бъдат вземани и от непълнолетно лице по медицински показания, когато е застрашена бъдещата му репродуктивна способност, след писмено информирано съгласие на непълнолетния, както и на неговите родители или попечители.
3. Когато се извършва само експертиза на сперматозоиди, писмената форма на информираното съгласие не е необходима
4. Сперматозоиди за директна употреба могат да бъдат използвани само за осъществяване на асистирана репродукция при партньорско даряване.
5. Донорът на сперматозоиди за директна употреба при партньорско даряване отговаря на следните критерии:
 1. не е в родствена връзка с реципиента по права линия и по съребрена линия до 4 степен, което се удостоверява с копие от брачно свидетелство или декларация;
 2. до 3 месеца преди процедурата по даряване микробиологично му е изследвана семенна течност, като при патологичен резултат е извършена своевременна санация;
 3. дал е писмено информирано съгласие.
6. Донорът на сперматозоиди за индиректна употреба при партньорско даряване отговаря на следните критерии:
 1. не е в родствена връзка с реципиента по права линия и по съребрена линия до 4 степен, което се удостоверява с копие от брачно свидетелство или декларация;
 2. до 3 месеца преди процедурата по даряване микробиологично му е изследвана семенна течност, като при патологичен резултат е извършена своевременна санация;
 3. дал е писмено информирано съгласие;
 4. до 3 месеца преди процедурата по даряване е тестван за: HIV, хепатит В, хепатит С и сифилис.

7. Донорът на сперматозоиди при непартньорско даряване се подбира на базата на неговата възраст, здравословно състояние и медицинска история чрез попълване на въпросник и след снемане на подробна лична и фамилна медико-генетична анамнеза.
8. Сперматозоиди от донор за непартньорско даряване могат да се използват за асистирана репродукция след отрицателно микробиологично изследване на семенната течност, извършено до 30 дни преди вземането, и спермограма с нормоспермия (според действащите за момента критерии на СЗО), която потвърждава годността на материала за дарителски цели
9. Сперматозоиди от донор за непартньорско даряване могат се използват за извършване на асистирана репродукция след обработка и след задължително съхранение и карантиниране за най-малко 180 дни и до потвърждаване след този период на негативните тестове за трансмисивните заболявания
10. Донорът на сперматозоиди за непартньорско дарителство дава писмено информирано съгласие. Предоставя се информация за целите и естеството на вземането; изследванията, които са необходими; регистрирането и защитата на личните данни на донора; мотивите, които оправдават задаването на въпроси за предишни заболявания и лични въпроси към донора. Информираното съгласие може да бъде оттеглено до момента на ползване на генетичния материал за дарителство.
11. Забранява се предоставяне на информация на донора или на трети лица за реципиентите, ползвали анонимни донорски сперматозоиди, освен в случаи, посочени в закон. Информацията за самоличността на донора се съхранява в лечебното заведение за период 30 години.

Условия и ред за вземане на яйцеклетки

1. Яйцеклетки могат да бъдат вземани от всяка пълнолетна жена, която не е поставена под запрещение, отговаря на критериите за подбор и е дала писмено информирано съгласие.
2. Яйцеклетки могат да бъдат вземани и от непълнолетна жена по медицински показания, когато е застрашена бъдещата ѝ репродуктивна способност, след писмено информирано съгласие на непълнолетната и на нейните родители или попечители
3. Когато вземането на яйцеклетки е с цел извършване на асистирана репродукция със собствени яйцеклетки, преди подписване на информирано съгласие на жената се предоставя информация относно процедурата, както и за рисковете от нея
4. Вземането на яйцеклетки от донор може да се извърши, ако са изпълнени следните условия:
 1. донорът е на възраст над 18 години и не е поставен под запрещение; допустимата възраст, до която могат да се даряват яйцеклетки се определя по преценка на лекаря, извършващ оценката на донора, при отчитане на индивидуалните показатели на фертилността, като е препоръчително възрастта на донора да не надхвърля 38 години, както при родствено, така и при неродствено даряване, а когато донорът е на 38 и повече години, задължително се извършва предимплантационен генетичен тест
 2. донорът е информиран на достъпен език за рисковете, които поема;
 3. получено е писмено съгласие от донора, заверено от нотариус, в чийто район на действие се намира лечебното заведение, което ще извърши вземането;
 4. физическото и психическото здраве на донора е установено с протокол, подписан от членовете на комисия, назначена от ръководителя на лечебното заведение, извършващо вземането, която се състои най-малко от трима лекари, които не участват в състава на екипа по вземането;

5. има поне едно живородено дете, с изключение на донорите, чиито овоцити са добити в страна – членка от ЕС, в която не е налице подобно изискване;
5. Информацията за донора и реципиентите може да бъде споделяна помежду им само при родствено дарителство, но не и на трети лица, включително техни близки и роднини.