

凍卵術前須知：凍卵的選擇與可能性

本人_____（受術者親簽）已於術前充分了解凍卵（Egg Freezing）是一種現代生殖醫學技術，已引起廣泛的關注和討論。它允許女性將自己的卵子冷凍保存，以利將來在適當時機使用，通常是為了延遲生育、治療醫學疾病或其他個人原因而凍卵，選擇凍卵前需謹慎考慮，事前諮詢生殖醫學專科醫師，並提出建議，以幫助個人做出明智的決策。

凍卵的過程和原理

首先，對於考慮凍卵的人而言，了解凍卵的過程非常重要。凍卵是透過手術取得卵子，整個過程含括卵子採集、冷凍保存和解凍使用。

一、諮詢專業醫師

在決定凍卵之前，建議諮詢生殖醫學專科醫師，可以協助評估您的生育健康狀況，提供凍卵過程資訊、相關風險和成功率的訊息等，並根據個人需求，提供個性化建議。

二、動機和目標

在考慮凍卵時，應明確了解自己的動機和目標。您可能希望延遲生育、專注於事業、處理醫學問題或其他個人原因。了解自己的目標，將有助於您在考慮凍卵過程中，更明智做出正確的決定。

三、適當的年齡

選擇凍卵年齡是一個關鍵因素，因為女性的生育能力會隨著年齡的增長而下降。冷凍卵子的年齡愈年輕，卵子解凍後的活產機率愈高。

四、風險和限制

雖然凍卵是一項具有吸引力的生殖醫學技術，但它也有風險和限制。凍卵必須先打排卵針刺激排卵，隨後安排取卵手術，其可能的後遺症如卵巢反應過度症候群(OHSS)、出血、感染等症狀。另卵子也需承擔冷凍與解凍過程的損傷，如解凍後可能會有全部或部分卵子無法存活的風險，因此做決定前，詳細了解這些風險和限制有其必要性。

五、費用和保險

國內凍卵的費用約新臺幣 8~12 萬之間，目前尚未有保險公司提供規劃凍卵的相關保險，要確保已清楚所有費用，包括卵子採集、冷凍、儲存和解凍的費用，並有能力負擔。

六、法律和倫理問題

國內目前對凍卵沒有法規規範，凍卵者的權益缺乏保障。根據臺灣現行的人工生殖法，卵子解凍受精時需有婚姻關係才可為之，因此女性在考慮凍卵前，應充分了解法律規範及得失，避免不當的過度期待。

七、選擇合適的醫療機構：選擇通過衛生福利部國民健康署評鑑的人工生殖機構進行各項生殖醫學技術。

總之，凍卵雖然有助於實現個人生育目標的選項，但仍需要謹慎考慮和評估。充分諮詢專業醫生，了解凍卵過程風險與費用，及確認凍卵動機，再選擇合格的醫療機構進行是必要的。最後，無論您的選擇為何，都應以自己的健康和幸福做為首要考慮。

高雄市政府衛生局【醫療性凍卵】補助申請書

補助 須知	補助資格	設籍或配偶設籍高雄市年齡為 40 歲(含)以下生理女性，且需經由腫瘤科或癌症診治醫師認定個案因罹癌或因治療而影響生育功能。
	項目額度	<p>每案最高補助上限 3 萬 元(依實際費用覈實支付)：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 凍卵療程+保存費：每次補助 3 萬元，終身補助 1 次。 2. 本補助計畫檢查項目之檢查費用免費(需自付掛號費及診察費)，經醫師評估後建議進一步診察，則該項檢查費用不列入核付範圍內，同療程已申請國民健康署「醫療性生育保存補助試辦方案」補助核定者不予補助。
應備文件	請逐項檢視並勾選：	
	<input type="checkbox"/>	領據
	<input type="checkbox"/>	申請日前 1 個月內之戶籍謄本或戶口名簿影本
	<input type="checkbox"/>	腫瘤科或癌症診治醫師開立之診斷證明書正本（須載明因罹癌或因治療而影響生育功能）
	<input type="checkbox"/>	凍卵療程診斷證明書（須載明受術者姓名、冷凍卵子、療程起訖日及療程結果）
	<input type="checkbox"/>	醫療收費明細表正本（須載明冷凍卵子及保存費）
	<input type="checkbox"/>	存摺封面影本
	<input type="checkbox"/>	帳戶轉讓同意書（申請人未滿 18 歲，由法定代理人代領請檢附）

立申請書人之聲明（請逐項勾選）：

- 本人已詳閱並符合補助資格，且未有重複申請高雄市凍卵補助情形，若經查不符合補助資格，或有可歸責於己之情事，需繳回補助費用，並自負一切法律責任。
- 本人本次療程 未申請 申請但未獲補助 國民健康署「醫療性生育保存補助試辦方案」。**
- 本人瞭解人工生殖法相關規範，並可保證本次療程取得之生殖細胞僅供本人使用，不得用於捐卵、營利，否則自負一切法律責任。
- 本人於受術前已接受院所之衛教諮詢服務，並充分瞭解凍卵流程、風險及瞭解自身凍卵動機，仍有意願並已完成療程。
- 本人已詳閱並確認申請資料(包含姓名、身分證字號及銀行帳號等)無誤植，若因資料錯誤導致撥款異常，願自負一切責任。

為維護醫療機構服務及民眾受檢品質，受檢資料將作為衛生局相關研究計畫及推動生育補助相關計畫政策之參考。若您有疑問，請致電07-7134000轉5402洽詢。

受術者（親自簽名）：

法定代理人(若受術者已滿 18 歲無須簽名)：

與受術者關係：

簽署日：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

第二頁/共二頁