



Razítko pracoviště

Identifikační štítek pacientky

Identifikační štítek pacienta

PROHLÁŠENÍ PÁRU A INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA A PACIENTKY S VÝKONEM INTRAUTERINNÍ INSEMINACE (IUI)

1. **Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu (zdůvodnění/indikace):**

Neplodnost (poruchy plodnosti) - způsobená zejména těmito faktory:

andrologický (snížené množství či kvalita spermií partnera, event. nemožnost získat spermie partnera),

imunologický (imunitní reakce nebo protilátky proti spermiím),

ovariální (porucha dozrávání a uvolnění vajíček),

idiopatická sterilita (z nezjištěné příčiny).

2. **Informace o potřebném zdravotním výkonu (o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích):**

Intrauterinní inseminace (IUI) spočívá v zavedení spermií partnera nebo anonymního dárce do dělohy pacientky po jejich předchozím laboratorním zpracování. Výkon probíhá ambulantně, obvykle v termínu ovulace, v přirozeném nebo hormonálně stimulovaném cyklu. Výkon probíhá bez nutnosti anestézie; i s přípravou trvá přibližně 5 - 10 minut. Spočívá v zavedení vyšetřovacích zrcadel do pochvy a pak speciálního katétru do děložní dutiny, kam je vstříknuto upravené sperma. Tento výkon umožní spermiím snazší dosažení vajíčka (oocytu) a zvýší tím šanci na otěhotnění. V období po výkonu je obvykle doporučeno užívání léků podporujících kvalitu sliznice děložní.

3. **Rizika zdravotního výkonu:**

Velmi vzácně může dojít zejména k:

- Zanesení infekce do vnitřních rodidel, rozvoji zánětu
- Alergické reakci na spermie nebo transportní médium
- Slabému krvácení po výkonu

4. **Alternativy zdravotního výkonu:**

V případě neúspěšné snahy o spontánní otěhotnění je alternativou léčby provedení umělého oplodnění (IVF).

5. **Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:**

Předpokládaná doba hospitalizace: není

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): žádná

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: žádná

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: žádné

6. **Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):**

Po provedení IUI nejsou nutná žádná zvláštní opatření, je třeba dodržovat užívání předepsaných léků (pokud jsou indikovány). Kontrolní vyšetření při obtížích; jinak za 2 - 3 týdny od IUI provedení těhotenského testu z moči nebo z krve.

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta a pacientku srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval/a o jejich zdravotním stavu a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace.

V Praze, dne.....20.....

.....

Podpis a jmenovka lékaře

Prohlášení a souhlas partnerského/manželského páru:

My, níže podepsaní, prohlašujeme, že jsme byli lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informováni o našem zdravotním stavu a o veškerých shora uvedených skutečnostech: o navrhované léčbě, o možných výhodách a rizicích navrhované léčby, o možných alternativách a o předpokládané úspěšnosti navrhované léčby. Údaje a poučení nám byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměli jsme jim a měli jsme možnost klást doplňující otázky, které nám byly lékařem srozumitelně zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasíme s provedením vyšetření a navrženým léčebným postupem, včetně provedení případných dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo život nebo zdraví.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení **žádáme o léčbu metodou asistované reprodukce - intrauterinní inseminací (IUI) s užitím spermatu**

- **partnera / manžela** ANO / NE *
- **anonymního dárce** ANO / NE *

a souhlasíme se všemi úkony spojenými s touto léčbou. Současně také prohlašujeme, že jsme lékaři sdělili všechny nám známé důvody, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

Zavazujeme se, že o případných změnách výše uvedených skutečností budeme bezodkladně a písemně informovat zdravotnické zařízení.

Prohlašujeme také, že jsme byli obeznámeni se skutečností, že dle platné legislativy ČR ohledně určování rodičovství k dítěti:

- narodí-li se dítě, které je počato umělým oplodněním, **ženě neprovdané**, je za otce dítěte považován **muž, který dal k umělému oplodnění ženy souhlas**;
- narodí-li se dítě v době od uzavření manželství do uplynutí třístého dne poté, co manželství zaniklo nebo bylo prohlášeno za neplatné, anebo poté, co byl manžel ženy prohlášen za nezvěstného, je za otce dítěte považován **manžel ženy**.

Náš takto vyjádřený souhlas, pokud nebude jedním nebo oběma z nás písemně odvolán, má platnost šest měsíců od data podpisu tohoto souhlasu a platí pro jeden úkon IUI.

Byli jsme seznámeni s ceníkem výkonů FN Motol a zavazujeme se v souladu s tímto ceníkem uhradit vyúčtování za poskytnutou zdravotní péči, která není hrazena ze zdravotního pojištění.

V Praze, dne.....20.....

.....
Podpis pacientky

V Praze, dne.....20.....

.....
Podpis partnera/manžela pacientky

Identifikaci páru při podpisu provedl:

.....
Podpis a jmenovka pracovníka CRM

*** Nehodící se škrtněte**