



Gynekologicko-porodnická klinika 2. LF UK a FN Motol
FAKULTNÍ NEMOCNICE V MOTOLE
 V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, IČ: 00064203

Identifikační štítek pacienta

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM ODBĚR TKÁNĚ VAJEČNÍKU A JEJÍ NÁSLEDNÁ KRYOKONZERVACE (ZAMRAZENÍ)

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

•

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

- Po léčbě některými léky nebo zářením může být ve vaječnicích ženy poškozena ovariální tkáň (tkáň vaječniku) a s tím související porucha plodnosti. Někdy je tato porucha vratná – po několika letech se může funkce vaječníků obnovit, jindy je nevratná. Pokud se zmrazí ovariální tkáň před léčbou, zvyšuje se šance na zachování plodnosti (obvykle pomocí metod asistované reprodukce).
- Odběr ovariální tkáně se provádí v celkové anestezii na operačním sále, kdy se odebere vaječník, nebo jeho část, laparoskopicky (malými otvory ve stěně břišní za optické kontroly). Za stanovených podmínek se odebraná tkáň předá do embryologické laboratoře, kde embryolog po zpracování provede kryokonzervaci (zmrazení) tkáně a následně ji pod označením uskladní ve speciálním kryokontejneru v kryobance až do následného použití – transplantace ovariální tkáně.

3. *Rizika zdravotního výkonu mohou být zejména:*

- Odběr ovariální tkáně přináší rizika spojená s operačním výkonem (krvácení, infekční komplikace).

4. *Alternativy zdravotního výkonu:*

- Odběr oocytů (vajíček) a zamrazení oocytů, nebo embryí pomocí metod asistované reprodukce.

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:*

- Před odběrem ovariální tkáně je třeba podepsat informovaný souhlas a provést krevní testy na pohlavně přenosné nemoci (aby se zajistilo správné skladování vzorků v kryobance).

Předpokládaná doba hospitalizace: 2 dny.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): 1 – 2 týdny.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: nejsou.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: nejsou.

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

- Kryokonzervace a skladování v kryobance je zpoplatněno dle aktuálního ceníku. U onkologických pacientek je výkon hrazen z veřejného zdravotního pojištění.
- Po odběru a zpracování tkáně dostane žadatelka písemnou zprávu o zamrazení ovariální tkáně a informace o kryokonzervaci.

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval/a o jeho zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby jím zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace. Pacient/zákonný zástupce pacienta byl seznámen s plánovaným způsobem anestézie (sedace), bude-li použita.

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

v.....hod.

.....
Podpis a jmenovka lékaře

Pacient/zákonný zástupce pacienta také podstoupil konzultaci s pracovníkem centra reprodukční genetiky.

V Praze, dne20..... v.....hod.

Podpis a jmenovka pracovníka CRG

Prohlášení a souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta:

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován/a o svém zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby mnou zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl/a jsem jim a měl/a jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny.

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu/souhlasím s provedením výkonu u osoby mnou zastupované, případně s použitím uvedené anestezie (sedace), včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví/život nebo zdraví osoby mnou zastupované.

Současně také prohlašuji, že jsem lékaři sdělil/a všechny mně známé okolnosti, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

Jsem si vědom/a, že tento svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Pro zákonného zástupce pacienta:

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi (za podmínky, je-li k tomu pacient přiměřeně rozumově a volně vyspělý). *Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:*

V Praze, dne20..... v.....hod.

Podpis pacienta /zákonného zástupce

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

Datum narození: Vztah k pacientovi:

Podpisová doložka svědka:

.....
Důvod nepodepsání, nemůže-li se pacient podepsat

.....
Způsob, jakým pacient projevil vůli

.....
Jméno a příjmení svědka

.....
Podpis svědka

* Nezletilému pacientovi lze zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.