



Razítko pracoviště

Identifikační štítek pacientky

Identifikační štítek pacienta

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA A PACIENTKY S VÝKONEM KRYOEMBRYOTRANSFER – ZAVEDENÍ ROZMRAZENÝCH EMBRYÍ DO DĚLOHY (KET)

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

- Léčba neplodnosti.

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

Pokud má léčený pár zamrazená embrya z minulých cyklů mimotělního oplodnění (IVF), je možno je po rozmrazení zavést do dělohy pacientky. Přenosu rozmrazených embryí může předcházet hormonální stimulace vaječnicků nebo příprava sliznice děložní formou tablet nebo injekcí, která trvá obvykle 10 - 14 dnů, a jejímž cílem je dosažení optimálního stavu sliznice děložní pro uchycení embrya.

Embrya jsou při transferu nasáta do speciálního jemného katétru, který je pak zaveden vaginální cestou do dělohy. Spolu s kultivačním médiem jsou vložena do děložní dutiny. Výkon je obvykle prováděn pod ultrazvukovou kontrolou, a proto je potřeba mít dostatečně naplněný močový měchýř. Výkon je nebolestivý, proto se provádí bez anestézie. Množství přenesených embryí ovlivňuje pravděpodobnost otěhotnění, ale také pravděpodobnost vzniku vícečetného těhotenství.

Počet zavedených embryí je stanoven se souhlasem páru na základě společného doporučení gynekologa a embryologa, s ohledem na věk ženy, kvalitu embryí a výsledky předchozí léčby. V současné době je doporučeno provádět přenos obvykle 1, maximálně 2 embryí. (Pouze ve zcela výjimečných případech je možno zavést 3 embrya.) V období po výkonu je doporučeno užívání léků podporujících kvalitu sliznice děložní.

Kryokonzervace (zmrazení) embryí a přenos rozmrazených embryí nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění a jsou spojeny s přímou úhradou dle platného Ceníku FN Motol.

3. *Rizika zdravotního výkonu:*

Rizika v souvislosti s výkonem jsou minimální, ve zcela výjimečných případech se může objevit zejména slabé krvácení po výkonu nebo zánět dělohy. Výjimečně, v případě technických obtíží, může dojít k nemožnosti správného zavedení embrya do dutiny děložní.

4. *Alternativy zdravotního výkonu:* nejsou.

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: výkon je prováděn ambulantně.

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

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: 2 dny po výkonu šetřící režim.

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 kryoembryotransferu je vhodný šetřící režim, dodržovat užívání předepsaných léků. Kontrolní vyšetření při obtížích. Dva týdny po výkonu provedení těhotenského testu z moče nebo krve.

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedenou pacientku a ve stanoveném rozsahu též jejího manžela/partnera uvedeného níže srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval/a o zdravotním stavu a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace. Pacientka byla seznámena s plánovaným způsobem anestézie (sedace), bude-li použita.

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

.....
Podpis a jmenovka lékaře

Prohlášení a souhlas partnerského/manželského páru:

1. My, níže podepsaní, prohlašujeme, že jsme byli lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informováni o našem zdravotním stavu a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Byli jsme poučeni o důvodech léčby mimotělním oplodněním, o navrhované léčbě, o možných rizicích navrhované léčby, o možných alternativách a o očekávaných výsledcích jednotlivých léčebných postupů. 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. Současně také prohlašujeme, že jsme lékaři sdělili všechny nám známé okolnosti, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).
2. Jsme si vědomi toho, že nelze ve všech případech zaručit další vývoj embryí po jejich rozmražení a bereme tak na vědomí skutečnost, že k embryotransferu z rozmražených embryí nemusí dojít. Selhání aparatury potřebné ke kryokonzervaci a úschově embryí považujeme za vyšší moc a jsme srozuměni s tím, že v důsledku takového selhání aparatury nenese pracoviště ani výkony provádějící personál žádnou odpovědnost.
3. Prohlašujeme, že jsme byli poučeni o právních důsledcích mimotělního oplodnění, o jehož provedení jsme požádali a že jsme o sobě sdělili všechny údaje rozhodující pro posouzení, zda jsou splněny podmínky pro mimotělní oplodnění. Bereme přitom na vědomí, že poskytovatel zdravotních služeb nenese odpovědnost za následky, které by vznikly v důsledku poskytnutí nepravdivých či neúplných informací. Prohlašujeme také, že jsme byli obeznámeni se skutečností, že dle platné legislativy v ČR, je za otce dítěte (počatého umělým oplodněním ženy z asistované reprodukce) považován muž, který dal k umělému oplodnění ženy souhlas, pokud by se neprokázalo, že žena otěhotněla jinak.
4. Uvědomujeme si, že přestože mimotělní oplodnění bude provedeno podle současných dostupných vědeckých poznatků, mohou nastat komplikace, které mohou být spojeny s každým těhotenstvím a mateřstvím.
5. Byli jsme seznámeni s ceníkem výkonů FN Motol. Ceny uvedené v tomto ceníku akceptujeme a zavazujeme se v souladu s tímto ceníkem uhradit vyúčtování za poskytnutou zdravotní péči, která není hrazena ze zdravotního pojištění.
6. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení **žádáme o léčbu metodou mimotělního oplodnění – provedení kryoembryotransferu a souhlasíme se všemi úkony spojenými s touto léčbou.**
7. Náš takto vyjádřený souhlas, pokud nebude jedním nebo oběma z nás písemně odvolán, má platnost šest měsíců od data podpisu tohoto souhlasu, ale jen pro jeden cyklus mimotělního oplodnění.

Prohlášení a souhlas pacientky:

Já, níže podepsaná, na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu (kryoembryotransfer), případně s použitím uvedené anestézie (sedace), včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví.

Jsem si vědoma, že tento svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

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

.....
Podpis pacientky

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

.....
Podpis partnera/manžela pacientky

Identifikace partnera/manžela pacientky: Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Identifikaci páru při podpisu provedl:

.....
Podpis a jmenovka pracovníka CRM