

**Žádost a informovaný souhlas s odběrem vajíček (oocytů) za účelem darování  
k oplození metodou IVF jinému neplodnému páru**

|                                                   |                                   |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Klientka –</b><br>titul, jméno a příjmení:     | Rodné číslo<br>(číslo pojištění): |
| Datum narození:<br>(není-li rodné číslo)          | Kód zdravotní pojišťovny:         |
| Adresa trvalého pobytu:<br>(případně jiná adresa) | PSČ:                              |

**Název výkonu****Odběr a darování vajíček (oocytů)****Účel výkonu**

Odběr vlastních vajíček a jejich darování anonymnímu neplodnému páru za účelem umělého oplodnění ženy z přijímajícího páru.

**Povaha výkonu**

Dárkyně může být žena, která dovršila věk 18 let, a nepřekročila věk 35 let. Po vstupním pohovoru s lékařem, v rámci kterého bude probírána rodinná anamnéza, je dárkyni provedeno gynekologické vyšetření. Současně je dárkyni odebrána krev na vyšetření infekčních markerů viru lidského imunodeficitu (HIV 1 a 2), hepatitidy B, hepatitidy C a syfilis, které musí být negativní před každým odběrem a po uplynutí 6měsíční karantény. Dále musí být u dárkyně provedena základní genetická vyšetření, a hodnotí se rizika přenosu dědičných předpokladů, o kterých je známo, že se vyskytují v rodině.

Pokud je na základě výsledků vyšetření žena vhodná jako dárkyně vajíček, je možné přistoupit k další fázi, kterou je hormonální stimulace. Před samotným odběrem vajíček je nutné, aby si dárkyně před zákrokem aplikovala léky, které pomáhají růstu folikulů. Hormonální stimulace zvyšuje počet vajíček, která bude možné při jednom odběru získat. Během této doby je také nutné podstoupit opakované vaginální ultrazvukové vyšetření, díky kterému lékař určí nejvhodnější čas na odběr vajíček.

Samotný zákrok – odběr vajíček – probíhá v krátké celkové anestezii a je prováděn punkcí tenkou jehlou přes stěnu poševní. Nedojde-li k vzácným komplikacím, po odběru není nutné absolvovat hospitalizaci a dárkyně odchází přibližně po 2 dvou hodinách pozorování domů s doprovodem. Zhruba 2 až 3 dny po zákroku se může objevit slabé špinění a je nutné vyvarovat se všem činnostem, které by mohly vyvolat vznik infekce (koupání, používání tamponů, pohlavní styk apod.). Po odběru vajíček by žena neměla řídit a pít alkoholické nápoje.

Vajíčka je po odběru možné následně zamrazit pro pozdější použití nebo je po odběru oplodnit spermiemi manžela (partnera) příjemkyně. Vzniklá embrya zamrazíme a po opakovaném vyšetření infekčních markerů dárkyně je uvolníme k přenosu po minimálně 6měsíční karanténě. Pokud neplodný pár požádá o přenos čerstvých embryí bez dodržení karantény, embrya přeneseme nejpozději 5. den po odběru vajíček.

V souvislosti s programem darování oocytů se zvyšuje plodnost dárkyně. Proto je nutné, abyste se v období odběru oocytů chránili před nechtěným otěhotněním.

Součástí této žádosti a informovaného souhlasu je informace pro dárkyně Všeobecné informace pro potenciální dárkyně oocytů za účelem léčby neplodných párů (Fm-L009-040-PORGYN-040), kde jsou uvedeny doplňující informace pro dárkyně.

### **Předpokládaný prospěch výkonu**

Otěhotnění jiné ženy s využitím darovaných lidských vajíček (oocytů).

### **Alternativa výkonu**

Není.

### **Následky výkonu**

Nejsou známy žádné dlouhodobé.

### **Možná rizika zvoleného výkonu**

Vzhledem ke komplexnosti celé léčby mohou nastat komplikace vedoucí k přerušení celého léčebného cyklu nebo vyžadující hospitalizaci a další léčebnou intervenci.

Dárcovský cyklus se přerušuje:

- při nedostatečné odpovědi na stimulaci vaječníků,
- při předčasné ovulaci,
- pokud nedojde k zisku ani jediného oocyty,
- při náhlé a aktuálně neřešitelné přístrojové poruše v IVF laboratoři.

Mezi komplikace výkonu patří:

- ovariální hyperstimulační syndrom,
- krvácení při a po odběru vajíček,
- pokud by nebyla užitá spolehlivá antikoncepce, nechtěné těhotenství dárkyně, mimoděložní těhotenství, vícečetné těhotenství.

Při výkonu existuje zanedbatelné, přesto existující riziko rozvoje infekce ženských pohlavních orgánů.

Hospitalizace je nutná:

- při podezření na krvácení do dutiny břišní,
- při vystupňované reakci na stimulaci,
- při zánětlivé komplikaci.

**Žádám o provedení výkonu darování mých vajíček.**

### **Souhlas:**

#### ***pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:***

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |     |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| Byla jsem srozumitelně informována o možných komplikacích, jsem si jich vědoma, žádám o zařazení do programu darování oocytů a souhlasím s provedením všech nutných výkonů spojených s odběrem vlastních vajíček.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ANO | NE |
| Souhlasím s provedením výkonu odběru mých vajíček a následným darováním takto získaných vajíček jinému mně neznámému neplodnému páru za účelem umělého oplodnění ženy z tohoto páru.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ANO | NE |
| Beru na vědomí, že poskytovatel zdravotních služeb zpracovává v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb sdělené osobní údaje včetně citlivých osobních údajů o zdravotním stavu, které mohou být na základě platných právních předpisů dále zpracovávány.                                                                                                                                                                                                                                                                   | ANO | NE |
| Prohlašuji, že jsem byla informována o důsledcích darování vajíček, byly mi poskytnuty informace týkající se tohoto úkonu a dále umělého oplodnění podle zákona č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách ve z.p.p., jakož i o podmínkách předepsaných pro nakládání s reprodukčními buňkami dle zákona č. 227/2006 Sb. ve z.p.p., zákona č. 296/2008 Sb. ve z.p.p. a vyhlášky č. 422/2008 Sb. ve z.p.p. a že jsem o sobě sdělila všechny údaje důležité pro posouzení, zda jsou splněny podmínky pro darování vajíček. | ANO | NE |
| Prohlašuji, že jsem porozuměla poskytnutým informacím, měla možnost klást otázky a dostalo se mi uspokojivých odpovědí a potvrzuji, že všechny mnou poskytnuté informace jsou podle mého nejlepšího vědomí a svědomí úplné a pravdivé.                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ANO | NE |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| Jsem srozuměna s tím, že dle platné právní úpravy darování vajíček nesmí být zdrojem finanční ani jiné náhrady. Na základě toho souhlasím s tím, že po absolvování kontrolního vyšetření infekčních markerů viru lidského imunodeficitu (HIV 1 a 2), hepatitidy B, hepatitidy C a syfilis, a to nejdříve 6 měsíců po odběru darovaných oocytů, obdržím náhradu účelně, hospodárně a prokazatelně vynaložených výdajů spojených s darováním podle kalkulace provedené Odborem ekonomiky a financí FNOL. Tuto náhradu obdržím dříve pouze tehdy, pokud neplodný pár požádá o přímé užití darovaných oocytů bez 6měsíční karantény. | ANO | NE |
| Souhlasím s tím, že vajíčka získaná z odběru budou uchovávána v Tkáňovém zařízení po dobu stanovenou Tkáňovým zařízením a poté bude jejich skladování ukončeno. Souhlasím s tím, že embrya vzniklá z odebraných oocytů budou uchovávána v Tkáňovém zařízení po dobu stanovenou Tkáňovým zařízením a poté bude jejich skladování ukončeno.                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ANO | NE |
| Souhlasím s tím, že se kdykoliv v budoucnu podrobím genetickému vyšetření v případě, že se po použití mnou darovaných vajíček narodí dítě s jakoukoliv vrozenou vývojovou vadou, a to za účelem vyloučení nosičství/přenašečství u dárkyně.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ANO | NE |
| Souhlasím s tím, že budu bez zbytečného odkladu informovat CAR, o skutečnosti, že se mě narodil potomek s vrozenou vývojovou vadou, a i v tomto případě se zavazuji podstoupit genetické vyšetření za účelem vyloučení nosičství/přenašečství u dárkyně.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ANO | NE |
| Všem vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměla. Měla jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ANO | NE |

### **Prohlášení:**

|                                                                                                                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Žádám o zařazení do programu darování oocytů a jejich oplození metodou IVF pro anonymní příjemkyni. Souhlasím s provedením všech nezbytných vyšetření a úkonů nutných ke stimulaci a odběru folikulární tekutiny s oocyty. |
| Žádám o provedení výkonu darování svých vajíček (oocytů).                                                                                                                                                                  |
| Darování oocytů činím podle své pravé, vážné a svobodné vůle bez jakékoliv tísně a na důkaz toho toto stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.                                                                                |

| Datum | Hodina | Podpis klientky | Za CAR ověřil | Dle dokladu |
|-------|--------|-----------------|---------------|-------------|
|       |        |                 |               |             |

| Datum | Jméno a příjmení lékaře, který podal informaci | Podpis lékaře, který podal informaci |
|-------|------------------------------------------------|--------------------------------------|
|       |                                                |                                      |