

**Žádost a informovaný souhlas s umělým oplodněním metodou embryotransferu
kryokonzervovaného darovaného embrya (kryoembryotransferu - KET)
s možností asistovaného hatchingu (AH)**

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

Klient – titul, jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	PSČ:

Název výkonu

**Provedení umělého oplodnění metodou kryoembryotransferu
s použitím darovaného embrya (s možností asistovaného hatchingu)**

Účel výkonu

Otěhotnění metodou embryotransferu rozmraženého kryokonzervovaného **darovaného embrya** s možností asistovaného hatchingu.

Povaha výkonu

Léčba zahrnuje hormonální přípravu a přenos darovaného embrya po jeho rozmražení do dělohy klientky (kryoembryotransfer). Tuto léčbu podstupují páry, které z jakéhokoli důvodu nemohou užívat vlastní vajíčka ani spermie. Pohlavní buňky (vajíčka a spermie) pro darování pochází od anonymních dárců. Vždy musí být splněny zákonné požadavky kladené na dárce spermií i na dárkyni vajíček (věk, zdravotní stav, genetické vyšetření, výsledky pohlavně přenosných onemocnění).

Dárcovství embryí v České republice je oboustranně anonymní. Je možné vznést požadavky na vzdělání a krevní skupinu dárců gamet a též některé parametry jejich vzhledu – barvu očí, vlasů, výšku a hmotnost. Vzhledem k složitému mechanismu dědičnosti však nelze zaručit přenos zvolených vlastností, stejně jako inteligence, na potomka.

Průběh léčby: Léčba se neliší od kryoembryotransferu (KET) s embryem vzniklým z vlastních gamet. Kryoembryotransfer je možné provádět jak v nativním (přirozeném), tak i ve substituovaném cyklu. Den transferu závisí na stádiu, ve kterém byla embrya mražena.

Pokud se kryoembryotransfer provádí ve substituovaném cyklu, je nutné v první polovině léčebného menstruačního cyklu užívat estrogény, které připraví děložní sliznici k přijetí embrya. Pokud je sliznice dostatečně připravená, což si ověřujeme ultrazvukovým vaginálním vyšetřením, přidávají se gestageny a poté následuje embryotransfer dle rozhodnutí lékaře a embryologa.

Přenos (transfer) embrya do dělohy je nebolešivý výkon, který se provádí tenkým katetrem zavedeným pochvou do děložní dutiny. Léky je nutné po transferu užívat až do stanovení hladiny těhotenského hormonu (hCG) z krve a pokud dojde k otěhotnění, pak je nutno užívat léky minimálně až do 12. týdne těhotenství, jelikož není vytvořeno žluté tělísko na vaječníku.

Metoda kryoembryotransferu může být dle okolností doplněna o tzv. **asistovaný hatching (AH)**. AH je mikromanipulační výkon, při kterém je před přenosem embrya do dělohy narušen ochranný obal embrya (tzv. zona pellucida), a je mu tak usnadněno vycestování z obalu, což je nutné pro implantaci embrya v děloze. Tuto metodu doporučujeme v případech opakovaného nedosažení těhotenství po přenosu kvalitních embryí a na základě doporučení embryologa. Indikací je i věk klientky nad 35 let.

Předpokládaný prospěch výkonu

Léčba neplodnosti, otěhotnění klientky. Při provedení AH zvýšení pravděpodobnosti implantace embrya v děloze.

Alternativa výkonu

Umělé oplodnění s použitím vlastních vajíček a spermií od manžela/partnera, umělé oplodnění s využitím vlastních vajíček a spermií dárce, umělé oplodnění s užitím darovaných vajíček a spermií od manžela/partnera.

Následky výkonu

Otěhotnění po umělém oplodnění s použitím darovaného embrya nebo k těhotenství nedojde.

Možná rizika zvoleného výkonu

Mezi rizika patří komplikace s užíváním hormonální substituční terapie. Nežádoucí účinky mají charakter diskomfortu bez dlouhodobého ohrožení zdraví ženy. Patří sem bolesti hlavy, napětí v prsou, nervozita, podrážděnost, zvýšení hmotnosti. Mezi vzácné komplikace jsou řazeny migrény, kožní změny, zvracení apod.

Samotná metoda IVF a každé těhotenství s sebou nese určitá specifická rizika. Stejně jako u těhotenství vzniklých spontánně nebo metodou IVF/ET je i při přenosu darovaných embryí část těhotenství ukončeno potratem. Stejně tak může dojít k vícečetnému těhotenství, mimoděložnímu těhotenství, úmrtí plodu či k porodu plodu s vrozenou vývojovou vadou. Existuje i zanedbatelné riziko rozvoje infekce ženských pohlavních orgánů. V případě mimoděložního těhotenství nebo zánětlivých komplikací může být nutná hospitalizace.

Nelze zcela vyloučit přenos všech genetických onemocnění na potomka, a to takových, která se vyskytují velice vzácně a v rodině dárkyně ani dárce se neprojevují. Riziko přenosu sexuálně přenosné choroby je vzhledem k velmi přísnému testování dárkyně a dárce blízké nule.

Při provedení metody AH je minimální riziko poškození embrya.

Vzhledem ke komplexnosti celého procesu léčby mohou nastat komplikace vedoucí k přerušení celého léčebného cyklu.

Léčebný cyklus se přerušuje při těchto komplikacích:

- při nedostatečné přípravě sliznice dutiny děložní (endometria) pro provedení kryoembryotransferu,
- při lýze (rozpadu) embryí po rozmražení,
- při zástavě dělení nebo při abnormálním vývoji po rozmražení
- při náhlé a aktuálně neřešitelné přístrojové poruše v IVF laboratoři.

Souhlas:

pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:

Souhlasíme s přenosem rozmraženého darovaného embrya do dělohy.	ANO	NE
Žádáme o provedení asistovaného hatchingu.	ANO	NE
Prohlašujeme, že jsme o sobě sdělili všechny údaje důležité pro posouzení, zda jsou splněny podmínky pro umělé oplodnění. Souhlasíme s umělým oplodněním metodou KET s použitím darovaného embrya.	ANO	NE
Bereme 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 včetně jejich předávání do příslušných národních registrů.	ANO	NE
Byli jsme informováni a jsme si vědomi, že přes provedená vyšetření nelze zcela vyloučit možnost přenosu infekčních chorob.	ANO	NE
Jsmo si vědomi toho, že provedením tohoto výkonu nelze zaručit dosažení těhotenství, ani narození dítěte.	ANO	NE
Jsmo si vědomi toho, že otcovství k dítěti narozenému v době mezi stošedesátým dnem a třístým dnem od umělého oplodnění provedeného se souhlasem manžela/partnera matky nelze popřít bez ohledu na to, jaké genetické látky bylo použito, ledaže by se prokázalo, že matka dítěte otěhotněla jinak než v důsledku umělého oplodnění.	ANO	NE

Byli jsme informováni a jsme si vědomi toho, že v každém těhotenství existuje riziko samovolného potratu a další rizika spojená s těhotenstvím. Tato rizika mohou ohrožovat zdraví a život ženy i dítěte. Z důvodu těchto rizik může dojít v průběhu těhotenství po oplodnění ženy metodou KET s použitím darovaného embrya k obdobným komplikacím, jaké mohou nastat v těhotenství, které bylo dosaženo přirozeným způsobem nebo pomocí IVF/ET s vlastními pohlavními buňkami. Uvědomujeme si, že přesto, že umělé oplodnění bude provedeno podle současných vědeckých poznatků, mohou nastat komplikace, které jsou spojeny s každým těhotenstvím a mateřstvím.	ANO	NE
Byli jsme informováni a jsme si vědomi, že při narození každého dítěte existuje riziko vrozené vývojové vady, které je přibližně 5 % a které nelze zcela vyloučit ani genetickým vyšetřením před i po provedení IVF/ET. Přes všechny provedené testy nelze jednoznačně vyloučit přenos dědičných chorob a vrozených vývojových vad u darovaných embryí.	ANO	NE
Byli jsme informováni a jsme si vědomi, že dárci nám darovaných embryí byli vyšetřeni v rozsahu předpisů platných v době vzniku embryí.	ANO	NE
Zavazujeme se, že nebudeme pátrat po totožnosti dárců gamet (vajíček a spermií) a souhlasíme s tím, že i naše totožnost bude dárcům utajena. Jsme si vědomi toho, že zdravotnické zařízení je vázáno zákonnou mlčenlivostí a nesmí nám sdělit totožnost dárců ani dárcům sdělit totožnost naši.	ANO	NE
V případě, že zanikne přání kteréhokoliv z nás být léčeni metodou umělého oplodnění KET, neprodleně oznámíme tuto skutečnost na CAR PORGYN FNOL. Toto prohlášení i žádost o léčbu pozbývá platnost.	ANO	NE
Všem vysvětlením a informacím, které nám byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsme porozuměli. Měli jsme možnost klást doplňující otázky, které nám byly lékařem zodpovězeny.	ANO	NE

Prohlášení:

Byli jsme informováni o možných komplikacích, jsme si jich vědomi, žádáme o zařazení do programu KET s použitím darovaného embrya a souhlasíme s provedením všech výše uvedených výkonů.
Zavazujeme se, že uhradíme zdravotnickému zařízení materiál a výkony, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění dle platného ceníku Fakultní nemocnice Olomouc, se kterým jsme byli seznámeni.
Žádost o provedení umělého oplodnění metodou KET s použitím darovaného embrya/provedení asistovaného hatchingu činíme podle své pravé, vážné a svobodné vůle bez jakékoliv tísně a na důkaz toho toto stvrzujeme svými vlastnoručními podpisy.

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

Vyplňte prosím tuto tabulku:

Klientka				
Výška (cm)	Hmotnost (kg)	Barva očí	Barva vlasů	Krevní skupina/Rh faktor

Klient				
Výška (cm)	Hmotnost (kg)	Barva očí	Barva vlasů	Krevní skupina/Rh faktor

Ověření identity klientů:

Datum	Hodina	Podpis klientky	Za CAR ověřil	Dle dokladu

Datum	Hodina	Podpis klienta	Za CAR ověřil	Dle dokladu

Není-li možné ověřit podpis klientů v CAR FNOL, musí být podpis úředně ověřen.