

**CENTRUM ASISTOVANÉ
REPRODUKCE PŘI PORODNICKO-
GYNEKOLOGICKÉ KLINICE**

verze č.7, str. 1/2

**Informovaný souhlas pacientky s napíchnutím folikulů vaječníku
pod ultrazvukovou kontrolou**

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

Název výkonu

**Napíchnutí folikulů vaječníku
pod ultrazvukovou kontrolou s odsátím folikulární tekutiny**

Účel výkonu

Získání vajíček pro mimotělní oplození (IVF).

Povaha výkonu

Malá léčebná operace (cca 20 min.).

Předpokládaný prospěch výkonu

Po mimotělním oplození získaných vajíček a přenosu takto vzniklých embryí do dutiny děložní možná gravidita.

Alternativa výkonu

Není.

Možná rizika zvoleného výkonu

Poranění cév, krvácení ze stěny poševní, krvácení do dutiny břišní, otočení (torze) vaječníku.

Následky výkonu

Vaječník bez folikulů, vytvoření více žlutých tělísek na vaječníku.

Souhlas:

pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:

Byla jsem srozumitelně informována o alternativách výkonu prováděných ve Fakultní nemocnici Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byla jsem informována o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též o změnách zdravotní způsobilosti.	ANO	NE
Byla jsem informována o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Všem těmto 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

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:		
- že souhlasím s navrhovanou péčí a s provedením výkonu a v případě výskytu neočekávaných komplikací, vyžadujících neodkladné provedení dalších zákroků nutných k záchraně života nebo zdraví, souhlasím s jejich provedením.	ANO	NE
- že jsem lékařům nezamlčela žádné mně známé údaje o mém zdravotním stavu, jež by mohly nepříznivě ovlivnit moji léčbu či ohrozit mé okolí, zejména rozšířením přenosné choroby.	ANO	NE
- že v případě nutnosti dávám souhlas k odběru biologického materiálu (krev, moč...) na potřebná vyšetření k vyloučení zejména přenosné choroby.	ANO	NE

Datum	Hodina	Podpis pacientky

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

Na základě dokladu:	č.	
Dne:	Identifikoval, razítko:	Identifikoval, podpis:

Pokud se pacientka nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacientka nemohla podepsat:			
Jak pacientka projevila svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina