

**Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce pacienta) s odběrem spermií
chirurgickou metodou z nadvarlete/varlete**

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

Název výkonu

Odběr spermií chirurgickou metodou.

Účel výkonu

Odběr spermií chirurgickou metodou z nadvarlete nebo varlete se provádí v případě, že není možné získat spermie z ejakulátu, za účelem jejich budoucího použití pro oplodnění metodami asistované reprodukce k dosažení těhotenství partnerky klienta. Tento proces dává mužům možnost počít v budoucnu geneticky vlastního potomka.

Povaha výkonu

Odběr vzorku

Cílem chirurgického odběru spermií z nadvarlete či varlete je získat zárodečné buňky muže pro oplození vajíček ženy v těch případech, kdy z ejakulátu není možné spermie získat. Pro oplození vajíček spermiemi získanými chirurgickou metodou je nezbytné použít metodu intracytoplazmatické injekce spermie (ICSI) do vajíčka. Bez použití této metody je pravděpodobnost oplození, vzhledem k nízké pohyblivosti získaných spermií, velmi nízká.

Výkon provádí lékař Urologické kliniky FNOL v celkové anestezii chirurgickou technikou. Z nadvarlete se odsává tekutina, ve které se v laboratoři Centra asistované reprodukce (dále CAR FNOL) vyhledávají spermie vhodné pro oplození vajíčka. Alternativou je odběr kousku tkáně nadvarlete nebo varlete, ve kterém jsou poté v laboratoři CAR FNOL spermie vyhledávány.

Výkon lze provést:

- nezávisle na stimulaci partnerky a získaný materiál je zamražen (kryokonzervován) do doby použití
- výkon je proveden v den odběru vajíček u partnerky a ke vpichu jsou použity spermie z čerstvého vzorku, nepoužitý materiál může být zamražen (kryokonzervace vzorku).

Před samotným operačním výkonem Vám bude také odebrána krev na vyšetření infekčních onemocnění (virus HIV, hepatitida B, hepatitida C a syfilis) z důvodu případné kryokonzervace spermií a z nich vzniklých embryí. Dokud není prokázána negativita těchto infekčních onemocnění, musí být zamražené vzorky ze zákona uchovány v karanténě, odděleně od již vyšetřených negativních vzorků.

Kryokonzervace vzorku

V případě odběrů tekutiny z nadvarlat nebo tkáně varlat a nadvarlat doporučujeme zamrazit vzorky, které obsahují spermie, aby mohly být využity v budoucnu. Pokud nejsou ve vzorku nalezeny spermie, nebo nejsou živé, mražení se neprovádí. Součástí tohoto výkonu je informovaný souhlas Informovaný souhlas pacienta s provedením kryokonzervace mužských reprodukčních buněk (Fm-L009-001-PORGYN-018).

Předpokládaný prospěch výkonu

Získání reprodukčních buněk pro použití při metodách asistované reprodukce.

Alternativa výkonu

Jiné formy asistované reprodukce, použití spermií anonymního dárce.

Následky výkonu

Dlouhodobé následky a omezení obvyklého způsobu života se nepředpokládají.

Možná rizika zvoleného výkonu

Při použití této metody odběru spermií nelze zaručit získání spermií. Nelze zaručit ani správné oplození vajíček pomocí získaných spermií ani dosažení těhotenství po transferu embrya.

V případě, že existuje riziko, že nebudou po provedení chirurgické metody odběru nalezeny spermie, je vhodné, aby se léčený pár rozhodl předem, zda bude chtít použít pro oplození získaných vajíček darované spermie.

Po chirurgickém výkonu mohou nastat operační komplikace (např. krvácení v oblasti rány, otok, infekce, ztížené hojení rány). Také celková anestezie je spojena s rizikem možných komplikací. Pooperační období může být spojeno s bolestivostí v oblasti operační rány a v podbřišku. Vzácné riziko je zhoršení neprůchodnosti chámovodu/kanálků nadvarlete.

Souhlas:

pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:

Byl jsem srozumitelně informován o alternativách výkonu prováděných ve Fakultní nemocnici Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byl jsem informován 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
Byl jsem informován o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	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 včetně jejich předávání do příslušných národních registrů.	ANO	NE
Beru na vědomí, že CAR FNOL není zodpovědná za kvalitu biologického materiálu získaného po chirurgickém odběru spermií z varlat/nadvarlat.	ANO	NE
Beru na vědomí, že v získaném vzorku nemusí být nalezeny spermie vhodné pro oplození vajíček partnerky.	ANO	NE
Beru na vědomí, že vlivem zpracování může dojít ke zhoršení kvality vzorku a v léčbě mimotělním oplodněním partnerky není možné z těchto důvodů dále pokračovat.	ANO	NE
Beru na vědomí, že po použití spermií získaných chirurgickou cestou nemusí dojít k oplození vajíček partnerky ani není zaručeno otěhotnění ženy po transferu embrya.	ANO	NE
Souhlasím s uhrazením poplatků spojených s odběrem, doprovodnými vyšetřeními a zpracováním vzorku, případně dalších poplatků, pokud nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění (na základě lékařské indikace).	ANO	NE
Byl jsem informován o tom, že součástí výkonu je odběr krve a vyšetření pohlavně přenosných onemocnění (virus HIV, hepatitida B, hepatitida C a syfilis).	ANO	NE
Souhlasím s tím, že v případě zjištění pozitivních výsledků některého z vyšetřovaných infekčních onemocnění (hepatitida typu B, hepatitida typu C, syfilis), budou moje vzorky a embrya z nich vzniklá uchovávány odděleně. Za toto oddělené uchovávání uhradím poskytovateli zdravotních služeb poplatek dle platného ceníku CAR FNOL.	ANO	NE
Souhlasím s tím, že v případě zjištění pozitivního výsledku viru HIV nebudou moje vzorky u CAR FNOL uchovávány a tyto budou zlikvidovány, pokud nepožádám o převoz vzorků do jiného tkáňového zařízení, které tyto vzorky přijme a neuhradím náklady převozu ve výši dle platného ceníku CAR FNOL. Beru na vědomí, že případné náklady, které vzniknou na straně druhého tkáňového zařízení, kam se transport realizuje, jsem povinen dojednat přímo s tímto tkáňovým zařízením a nést ze svého jejich úhradu.	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměl, měl 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 nezamlčel(a) 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
Byl jsem informován o postupech, o povaze výkonu a o možných komplikacích a rizicích, kterých jsem si vědom.	ANO	NE
Byl jsem informován o tom, že součástí výkonu je odběr krve a vyšetření pohlavně přenosných onemocnění (virus HIV, hepatitida B, hepatitida C a syfilis). Souhlasím s odběrem a vyšetřením krve.	ANO	NE
Prohlašuji, že jsem byl dopředu seznámen s cenou zdravotních služeb nehrazených z veřejného zdravotního pojištění a zavazuji se cenu těchto zdravotních služeb nehrazených z veřejného zdravotního pojištění i poskytovateli zdravotních služeb uhradit.	ANO	NE
Žádost o provedení chirurgického odběru spermií z varlete/nadvarlete činím podle své pravé, vážné a svobodné vůle bez jakékoliv tísně a na důkaz toho toto stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.	ANO	NE

Ověření podpisu:

Datum	Hodina	Podpis pacienta	Za CAR ověřil (jmenovka a podpis)	Dle dokladu

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

Pokud se pacient nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient nemohl podepsat:			
Jak pacient projevil svou vůli:			
Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina