

Žádost a informovaný souhlas s umělým oplodněním metodou embryotransferu kryokonzervovaných embryí (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 klientky: (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 klienta: (případně jiná adresa)	PSČ:

<u>Název výkonu</u> Provedení KET (s možností asistovaného hatchingu)
--

<u>Účel výkonu</u> Otěhotnění metodou embryotransferu rozmražených kryokonzervovaných embryí s možností asistovaného hatchingu.

<u>Povaha výkonu</u> Kryoembryotransfer je přenos rozmraženého embrya do dělohy. Kryoembryotransfer je možné provádět jak v nativním (přirozeném), tak i ve stimulovaném cyklu. Den transferu závisí na stádiu, ve kterém byla embrya mražena. Po rozmražení mohou embrya lyzovat (rozpadnout se), nemusí se dále dělit anebo se mohou abnormálně vyvíjet. V takovém případě provedení embryotransferu nedoporučujeme. Metoda kryoembryotransferu může být dle okolností doplněna o tzv. asistovaný hatching (AH). AH je mikromanipulační výkon, při kterém je před přenosem embrya do dělohy narušený 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.

<u>Předpokládaný prospěch výkonu</u> Otěhotnění s pravděpodobností přibližně 30% na jeden výkon. Při provedení AH zvýšení pravděpodobnosti implantace embrya v děloze.
--

<u>Alternativa výkonu</u> Umělé oplodnění metodou intrauterinní inseminace s užitím spermií od manžela/partnera nebo dárce, mimotělní oplodnění a embryotransfer (IVF/ET) bez užití kryokonzervace embryí, bezdětné manželství (partnerství), adopce.

<u>Následky výkonu</u> Otěhotnění po umělém oplodnění metodou KET nebo k těhotenství nedojde.

Trvalé následky a možná rizika zvoleného výkonu

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

Léčebný cyklus se přerušuje:

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

Při AH je minimální riziko poškození embrya.

Mezi komplikace výkonu KET patří mimoděložní těhotenství, vícečetné těhotenství. Při výkonu KET existuje zanedbatelné riziko rozvoje infekce ženských pohlavních orgánů. V případě mimoděložního těhotenství nebo zánětlivých komplikací může být nutná hospitalizace.

Souhlas:

pozn. Vaší odpověď zakroužkujte:		
Souhlasíme s přenosem rozmraženého 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.	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
Jsmě si vědomi toho, že provedením tohoto výkonu nelze zaručit dosažení těhotenství, ani narození dítěte.	ANO	NE
Jsmě 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 k obdobným komplikacím, jaké mohou nastat v těhotenství, které bylo dosaženo přirozeným způsobem. 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.	ANO	NE
V případě, že zanikne přání kteréhokoli 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 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
Prohlašujeme, že jsme obdrželi informace o způsobu, jakým může být naloženo s nadbytečnými embryi, včetně předpokládané výše finančních nákladů na jejich uskladnění a o době jejich uskladnění,
Žádost o provedení umělého oplodnění metodou KET/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

Ověření identity klientů:

Datum	Hodina	Podpis klientky	Za CAR ověřil	Dle dokladu

Datum	Hodina	Podpis klienta	Za CAR ověřil	Dle dokladu