

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

verze č. 5, str.1/2

Žádost a informovaný souhlas dárce s odběrem a darováním spermií

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

Název výkonu**Odběr a darování spermií****Účel výkonu**

Odběr vlastních spermií a jejich darování anonymnímu neplodnému páru za účelem umělého oplodnění ženy z tohoto páru.

Povaha výkonu

Dárce může být muž, který dovršil věk 18 let a nepřekročil věk 39 let. V první fázi darovacího procesu je nutno absolvovat kontrolní spermiogram, na jehož základě dojde k vyhodnocení vhodnosti k darování spermií. Poté následuje konzultace s IVF lékařem a odběry krve a moči pro nutná vyšetření zdravotního stavu. Dárce musí podstoupit testy infekčních markerů viru lidského imunodeficitu (HIV 1 a 2), hepatitidy B, hepatitidy C, syfilis a chlamydií, které musí být negativní před každým odběrem a po uplynutí 6 měsíční karantény po posledním odběru. Dále musí být u dárce provedena základní genetická vyšetření, a hodnotí se rizika přenosu dědičných předpokladů, o kterých je známo, že se vyskytují v rodině.

Po schválení vhodnosti dárce k darování je možno přistoupit k jednotlivým návštěvám za účelem darování spermií. Odběry jednotlivých dávek probíhají vždy v Centru asistované reprodukce FNOL, před každým darováním dárce prokáže svou totožnost pověřenému pracovníku CAR občanským průkazem. Získané spermie zamrazíme a uložíme do karantény. Darovací proces je ukončen v momentě zamražení desáté darované dávky, která je vhodná pro účely použití v IVF cyklu.

Po uplynutí 180 dnů se provádí kontrolní odběr krve a moči za účelem testování na pohlavně přenosné choroby. Po vyhodnocení, pokud jsou všechny výsledky negativní, jsou darované dávky uvolněny z karantény a mohou být použity pro vhodné příjemce.

Součástí této žádosti a informovaného souhlasu je informace pro dárce Všeobecné informace pro potenciální dárce spermatu za účelem léčby neplodných párů (Fm-L009-040-PORGYN-017), kde jsou uvedeny doplňující informace pro dárce.

Předpokládaný prospěch výkonu

Otěhotnění anonymní ženy z neplodného páru po užití darovaných lidských spermií.

Alternativa výkonu

Není.

Následky výkonu

Nejsou známy.

Možná rizika zvoleného výkonu

Nevolnost, mdloby při odběru spermatu. Zanedbatelné, přesto existující riziko rozvoje infekce mužských pohlavních orgánů.

Žádám o provedení výkonu darování mých spermií.

Souhlas:

pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:		
Souhlasím s provedením výkonu odběru mých spermií a následným darováním takto získaných spermií jinému mě neznámému neplodnému páru za účelem umělého oplodnění ženy z tohoto páru.	ANO	NE
Souhlasím s provedením všech vyšetření předepsaných platnou právní úpravou pro odběr a darování spermií.	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 byl informován o důsledcích darování spermií, 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 sdělil všechny údaje důležité pro posouzení, zda jsou splněny podmínky pro darování spermií.	ANO	NE
Prohlašuji, že všechny mnou poskytnuté informace jsou podle mého nejlepšího vědomí a svědomí úplné a pravdivé.	ANO	NE
Jsem srozuměn, že dle platné právní úpravy nesmí být darování spermií zdrojem finanční ani jiné náhrady. Na základě toho souhlasím s tím, že po absolvování vyšetření infekčních markerů virů lidského imunodeficitu (HIV 1 a 2), hepatitidy B, hepatitidy C, syfilis a chlamydií, a to nejdříve 180 dnů po odběru darovaných spermií, obdržím náhradu účelně, hospodárně a prokazatelně vynaložených výdajů spojených s darováním podle kalkulace provedené Odborem ekonomiky a financování FNOL.	ANO	NE
Souhlasím s tím, že spermie získané z odběru budou uchovávány v Tkáňovém zařízení po dobu stanovenou Tkáňovým zařízením a poté bude jejich skladování ukončeno. Souhlasím s tím, že vzniklá embrya z odebraných spermií budou uchovávána v Tkáňovém zařízení po dobu stanovenou Tkáňovým zařízením a poté bude jejich skladování ukončeno.	ANO	NE
Souhlasím s tím, že spermie mohou být využity v souladu s příslušnými právními předpisy i pro vědecko-výzkumné účely nebo k výukovým účelům ve zdravotnictví.	ANO	NE
Souhlasím s tím, že se kdykoliv v budoucnu podrobím genetickému vyšetření v případě, že se po použití mnou darovaného vzorku ejakulátu narodí dítě s jakoukoliv vrozenou vývojovou vadou, a to za účelem vyloučení nosičství/přenašečství u dárce.	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 dárce.	ANO	NE
Všem 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

Prohlášení:

Darování spermií činím podle své pravé, vážné a svobodné vůle bez jakékoliv tísně a na důkaz toho toto stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.
--

Datum	Hodina	Podpis klienta	Za CAR ověřil	Dle dokladu

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