

**Žádost a informovaný souhlas s použitím embryí z cyklu,
 ve kterém nebylo ukončeno vyšetření pohlavně přenosných chorob partnerů
 (podle zákona č. 296/2008 Sb. o lidských tkáních a buňkách)**

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:

Název výkonu

**Přenos embryí z cyklu, ve kterém nebylo ukončeno vyšetření pohlavně přenosných
 chorob partnerů**

Účel výkonu

- ☐ Před přenosem vlastních embryí informovat klientku a klienta (partnerský pár) o rizicích spojených s přenosem vlastních embryí (autologních) získaných v cyklu, ve kterém nebylo ukončeno vyšetření pohlavně přenosných chorob partnerů podle zákona č. 296/2008 Sb. a vyhlášky č. 422/2008 Sb., o stanovení bližších požadavků pro zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka, a použít tato autologní embrya k cyklu mimotělního oplodnění.
- ☐ Před přenosem embryí informovat klientku a klienta (partnerský pár) o rizicích spojených s přenosem darovaných embryí (alogenních) získaných v cyklu, ve kterém vyšetření pohlavně přenosných chorob u alogenního dárce bylo negativní, ale nebylo ukončeno u klientky nebo jejího partnera podle zákona č. 296/2008 Sb. a vyhlášky č. 422/2008 Sb., a použít tato alogenní embrya k cyklu mimotělního oplodnění.

Povaha výkonu

Partneři se v návaznosti na splnění podmínek dle z.č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách rozhodli podstoupit cyklus mimotělního oplodnění ukončený přenosem embrya/embryí vzniklých splynutím ☐ jejich vlastních gamet ☐ alogenní/ alogenních gamet do dělohy.

V době embryotransferu nejsou známy výsledky vyšetření infekčních nemocí u partnerského páru, podle zákona č. 296/2008 Sb. a vyhlášky č. 422/2008 Sb. (zejména HIV 1,2 (původce AIDS), HBV (žloutenka typu B), HCV (žloutenka typu C), syfilis a vyšetření chlamydií v moči), které jsou přenášeny krevní i pohlavní cestou.

Vyšetření alogenního dárce v případě přenosu (alogenních) embryí jsou realizována v rozsahu stanoveném výše uvedenými předpisy.

Embryotransfer můžeme provést pouze s Vaším souhlasem.

Alternativa výkonu

Ukončení cyklu bez přenosu embryí. Kryokonzervaci embryí pokud nebyla doložena negativita vyšetřovaných markerů, v současné době provádíme pouze v případě, že pár uhradí zvýšené náklady spojené s odděleným uchováváním kryokonzervovaných embryí.

Možná rizika zvoleného výkonu

Riziko přenosu infekce výše uvedených infekčních nemocí cestou embryotrasferu je velmi nízké, nicméně existuje (nebylo dosud kvantifikováno ověřitelnými výsledky studií). Onemocnění způsobená těmito mikroorganismy mohou vést ke vzniku chronických změn na orgánech, které mohou zhoršovat kvalitu života a vést i ke smrti. Pokud žena onemocní v těhotenství, ohrožují plod a jeho zdravý vývoj a mohou vést k ukončení těhotenství.

pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:

☐ **Souhlas při použití autologního embrya:**

Byli jsme informováni o možných rizicích spojených s přenosem vlastních embryí z cyklu, ve kterém nebylo ukončeno vyšetření pohlavně přenosných chorob partnerů podle zákona č. 296/2008 Sb., a vyhlášky č. 422/2008 Sb.	ANO	NE
Bereme na vědomí možná rizika spojená s přenosem vlastních embryí z cyklu, ve kterém nebylo ukončeno vyšetření pohlavně přenosných chorob podle zákona č. 296/2008 Sb., a vyhlášky č. 422/2008 Sb.	ANO	NE
Přesto žádáme o přenos vlastních embryí z cyklu, ve kterém nebylo ukončeno vyšetření pohlavně přenosných chorob partnerů podle zákona č. 296/2008 Sb., a vyhlášky č. 422/2008 Sb.	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:

Žádost o přenos vlastních embryí z cyklu, ve kterém nebylo ukončeno vyšetření pohlavně přenosných chorob partnerů, činíme podle své pravé, vážné a svobodné vůle bez jakékoliv tísně a na důkaz toho toto stvrzujeme svým vlastnoručním podpisem.

☐ **Souhlas při použití alogenního embrya:**

Byli jsme informováni o možných rizicích spojených s přenosem alogenních embryí z cyklu, ve kterém nebylo ukončeno vyšetření pohlavně přenosných chorob u partnerů podle zákona č. 296/2008 Sb., a vyhlášky č. 422/2008 Sb.	ANO	NE
Bereme na vědomí možná rizika spojená s přenosem alogenních embryí z cyklu, ve kterém nebylo ukončeno vyšetření pohlavně přenosných chorob partnerů podle zákona č. 296/2008 Sb.	ANO	NE
Přesto žádáme o přenos alogenních embryí z cyklu, ve kterém nebylo ukončeno vyšetření pohlavně přenosných chorob u partnerů podle zákona č. 296/2008 Sb., a vyhlášky č. 422/2008 Sb.	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:

Žádost o přenos alogenních embryí z cyklu, ve kterém nebylo ukončeno vyšetření pohlavně přenosných chorob partnerů, činíme podle své pravé, vážné a svobodné vůle bez jakékoliv tísně a na důkaz toho toto stvrzujeme svým vlastnoručním podpisem.

Datum	Hodina	Podpis klientky	Podpis klienta

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