

Žádost a informovaný souhlas s přijetím embryí z cyklu, ve kterém byl pozitivní některý infekční marker pohlavně přenosných chorob u některého z 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**Přijetí embryí z cyklu, ve kterém byl pozitivní některý infekční marker pohlavně přenosných chorob u některého z partnerů****Účel výkonu**

- ☐ Před přijetím embryí informovat klientku a klienta (partnerský pár) o rizicích spojených s přenosem vlastních embryí (autologních) získaných v cyklu, ve kterém bylo ukončeno vyšetření pohlavně přenosných chorob obou 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 některý z vyšetřovaných markerů byl pozitivní 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 při vyšetření u klientky nebo klienta podle zákona č. 296/2008 Sb. a vyhlášky č. 422/2008 Sb. byl některý z vyšetřovaných markerů pozitivní, a použít tato alogenní embrya k cyklu mimotělního oplodnění.

Povaha výkonu

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

V době embryotransferu byly k dispozici výsledky vyšetření infekčních nemocí realizovaných podle zákona č. 296/2008 Sb. a vyhlášky č. 422/2008 Sb. (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.

Lékař Vás seznámil se všemi výsledky těchto vyšetření - od klienta i klientky. Sdělil Vám, který z výsledků vyšetření je pozitivní a seznámil Vás s rizikem přenosu infekce cestou embryotransferu.

Embryotransfer může být proveden 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

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 (autologních) získaných v cyklu, ve kterém bylo ukončeno vyšetření pohlavně přenosných chorob partnerů podle zákona č. 296/2008 Sb. a vyhlášky č. 422/2008 Sb., a některý z vyšetřovaných markerů byl pozitivní.	ANO	NE
Bereme na vědomí možná rizika spojená s přenosem vlastních embryí (autologních) získaných v cyklu, ve kterém bylo ukončeno vyšetření pohlavně přenosných chorob partnerů podle zákona č. 296/2008 Sb. a vyhlášky č. 422/2008 Sb., a některý z vyšetřovaných markerů byl pozitivní.	ANO	NE
Přesto žádáme o přenos vlastních embryí z cyklu, ve kterém bylo ukončeno vyšetření pohlavně přenosných chorob partnerů podle zákona č. 296/2008 Sb. a vyhlášky č. 422/2008 Sb., a některý z vyšetřovaných markerů byl pozitivní.	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 bylo ukončeno vyšetření pohlavně přenosných chorob partnerů podle zákona č. 296/2008 Sb. a vyhlášky č. 422/2008 Sb., a některý z vyšetřovaných markerů **byl pozitivní**, 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 získaných v cyklu, ve kterém bylo ukončeno vyšetření pohlavně přenosných chorob podle zákona č. 296/2008 Sb. a vyhlášky č. 422/2008 Sb., a některý z vyšetřovaných markerů byl u některého z partnerů pozitivní.	ANO	NE
Bereme na vědomí možná rizika spojená s přenosem alogenních embryí získaných v cyklu, ve kterém bylo ukončeno vyšetření pohlavně přenosných chorob podle zákona č. 296/2008 Sb. a vyhlášky č. 422/2008 Sb., a některý z vyšetřovaných markerů byl u některého z partnerů pozitivní.	ANO	NE
Přesto žádáme o přenos alogenních embryí z cyklu, ve kterém bylo ukončeno vyšetření pohlavně přenosných chorob podle zákona č. 296/2008 Sb. a vyhlášky č. 422/2008 Sb., a některý z vyšetřovaných markerů byl u některého z partnerů pozitivní.	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 bylo ukončeno vyšetření pohlavně přenosných chorob podle zákona č. 296/2008 Sb. a vyhlášky č. 422/2008 Sb., a některý z vyšetřovaných markerů byl **u některého z partnerů pozitivní**, 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