

Informovaný souhlas s embryotransferem dvou embryí na vlastní žádost

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

Název výkonu

Embryotransfer 2 embryí v cyklu mimotělního oplodnění na vlastní žádost.

Účel výkonu

Léčba neplodnosti.

Povaha výkonu

Transfer embrya do dělohy provádíme zpravidla 3. nebo 5. den kultivace embryí. O počtu embryí použitých k transferu vždy rozhoduje léčený pár po poradě s lékařem a embryologem. Standardně provádíme transfer jednoho nej kvalitnějšího embrya, ostatní vhodná embrya můžeme kryokonzervovat a uchovat do dalšího přenosu do dělohy.

K transferu dvou embryí přistupujeme pouze na žádost pacientky, např. po několika neúspěšných embryotransferech a vždy po zhodnocení jejího zdravotního stavu lékařem. Přenos dvou embryí současně sice mírně zvyšuje pravděpodobnost otěhotnění, ale pravděpodobnost úspěšného otěhotnění je přibližně stejná v případě, pokud budou zavedena dvě embrya najednou, jako v případě, kdy budou tato dvě embrya zavedena postupně.

Při embryotransferu dvou embryí současně rostou rizika vícečetného těhotenství (vyšší riziko potratu a častější předčasný porod, nízká porodní hmotnost a nezralost novorozenců). U těhotné ženy je při vícečetném těhotenství například zvýšené riziko gestačního diabetu či preeklampsie.

Pokud má žena nárok na úhradu léčebného cyklu ze zdravotního pojištění a bylo v prvních dvou léčebných cyklech přeneseno pouze 1 lidské embryo vzniklé oplodněním vajíčka spermií mimo tělo ženy, je cyklus hrazen ze zdravotního pojištění čtyřikrát za život. Pokud jsou přenesena dvě embrya v prvním nebo druhém léčebném cyklu, je ze zdravotního pojištění provedena úhrada pouze tří cyklů mimotělního oplození za život ženy.

Předpokládaný prospěch výkonu

Mírné zvýšení pravděpodobnosti otěhotnění v daném léčebném cyklu po zavedení dvou embryí současně.

Alternativa výkonu

Zavedení 1 embrya.

Následky výkonu

Těhotenství nebo k těhotenství nedojde.

Možná rizika zvoleného výkonu

Vícečetné těhotenství, rizikové těhotenství, spontánní potrat, předčasný porod.

Ztráta cyklu hrazeného zdravotního pojišťovnou, pokud jde o transfer v prvním nebo v druhém léčebném cyklu.

Souhlas:**pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:**

Byla jsem srozumitelně informována o alternativách výkonu prováděných ve Fakultní nemocnici Olomouc, ze kterých mám možnost volit.	ANO	NE
Byla jsem informována 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
Byla jsem informována o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů.	ANO	NE
Byla jsem informována o rizicích přenosu dvou embryí (riziko vícečetného těhotenství, spontánní potrat, předčasný porod).	ANO	NE
Všem těmto vysvětlením a informacím, které mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, jsem porozuměla, měla jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem zodpovězeny.	ANO	NE

Po výše uvedeném seznámení prohlašuji:

- že žádám o provedení výkonu embryotransfer dvou embryí 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 nezamlčela 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

Datum	Hodina	Podpis pacienta nebo zákonného zástupce (opatrovníka)

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