

**Žádost a informovaný souhlas s odběrem trofoektodermu**

|                                                            |                                   |
|------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Klientka –</b><br>titul, jméno a příjmení:              | Rodné číslo<br>(číslo pojištění): |
| Datum narození:<br>(není-li rodné číslo)                   | Kód zdravotní<br>pojišťovny:      |
| Adresa trvalého pobytu klientky:<br>(případně jiná adresa) | PSČ:                              |

  

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

**Název výkonu****Odběr trofoektodermu pro provedení preimplantačního genetického testování (PGT)****Povaha výkonu**

Podstatou výkonu je odběr (tzv. biopsie) a následné vyšetření kmenových buněk tzv. trofoektodermu u embryí, tj. buněk, ze kterých následně vzniká placenta. Nedochozí tedy k odběru buněk z vyvíjejícího se embrya. Biopsie trofoektodermu se provádí u odebraných embryí ve stádiu tzv. blastocysty 5. nebo 6. den kultivace, tedy mimo tělo ženy. Materiál získaný při biopsii se dále vyšetřuje v genetické laboratoři molekulárně genetickými metodami. Tyto metody umožňují odhalit chromozomální odchylky ve vyvíjejícím se embryu.

Po provedení biopsie trofoektodermu se embryo ve stádiu blastocysty zamrazí šetrnou metodou, tzv. vitifikací. Vzhledem k časové náročnosti následujícího genetického vyšetření se přenos vybraného zdravého vyšetřeného embrya do dělohy provede až v následujícím přirozeném cyklu ženy.

Tento výkon (odběr trofoektodermu) není hrazen zdravotní pojišťovnou, proto je předmětem platby klienta. Ceny výkonů jsou stanoveny Fakultní nemocnicí Olomouc.

**Účel výkonu**

Získ buněk z pětidenního (případně šestidenního) embrya, které jsou potřebné pro provedení metod PGT.

**Předpokládaný prospěch výkonu**

Vyšetření embryí před zavedením embrya do dělohy a transfer. Odhalení možné genetické abnormality ve vyvíjejícím se embryu. Zvýšení pravděpodobnosti implantace embrya a vznik těhotenství.

**Alternativa výkonu**

Odběr blastomer (buněk embrya získané třetí den kultivace). Neprovedení metod PGT.

**Následky výkonu**

Přenos geneticky vyšetřeného embrya.

**Možná rizika zvoleného výkonu**

Minimální riziko poškození embrya s následným zastavením vývoje.

**Souhlas:**

**pozn. Vaši odpověď zakroužkujte:**

|                                                                                                                                                                                                                  |     |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----|
| Žádáme o biopsii trofoektodermu u embryí ve stádiu blastocysty za účelem získání buněk pro následné vyšetření metodami PGT.                                                                                      | ANO | NE |
| Byli jsme informováni a jsme si vědomi toho, že buňky získané při biopsii se dále vyšetřují v genetické laboratoři molekulárně genetickými metodami.                                                             | ANO | NE |
| Byli jsme informováni a jsme si vědomi toho, že i po provedení biopsie trofoektodermu a jeho vyšetření pomocí metod PGT, nemusí dojít k transferu vyšetřeného embrya z důvodu zjištěných genetických abnormalit. | ANO | NE |
| Byli jsme informováni a jsme si vědomi toho, že i po provedení biopsie trofoektodermu a jeho vyšetření pomocí metod PGT a transferu vyšetřeného embrya, nemusí dojít ke vzniku gravidity a k porodu.             | ANO | NE |
| Byli jsme seznámeni, že pro potvrzení výsledku PGT je v případě gravidity (těhotenství) doporučeno absolvovat prenatální diagnostiku dle doporučení gynekologa.                                                  | ANO | NE |
| Byli jsme seznámeni s možnými riziky metody.                                                                                                                                                                     | ANO | NE |
| Byli jsme seznámeni s cenou výkonu (odběru trofoektodermu) dle ceníku Fakultní nemocnice Olomouc.                                                                                                                | ANO | NE |
| Všem těmto 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 odběr buněk trofoektodermu pro provedení PGT činíme podle své pravé, vážné a svobodné vůle bez jakékoliv tísně a na důkaz toho toto stvrzujeme svými vlastnoručními podpisy. Zavazujeme se, že uhradíme zdravotnickému zařízení materiál a výkony, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění.

| Datum: | Hodina | Podpis klientky | Podpis klienta |
|--------|--------|-----------------|----------------|
|        |        |                 |                |

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