



Razítko pracoviště

Informovaný souhlas pacienta s poskytnutím zdravotních služeb (zdravotních výkonů)

Příjmení: Jméno: RČ pacienta:

1. Název zdravotního výkonu:

DAROVÁNÍ MUŽSKÝCH REPRODUKČNÍCH BUNĚK (SPERMIÍ)

2. Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu:

- Dobrovolné anonymní dárce (Z52.8 Dárce jiných orgánů a tkání)

3. Informace o potřebném zdravotním výkonu, včetně údaje o jeho účelu, povaze, předpokládaném prospěchu a následcích:

Dárcovství spermií zahrnuje tato vyšetření a výkony:

- komplexní vyšetření spermatu (spermiogram)
- vyplnění Dotazníku pro dárce reprodukčních buněk
- klinicko-genetické vyšetření, cytogenetické vyšetření, molekulárně genetické vyšetření
- vyšetření infekcí přenosných krví a pohlavním stykem (HIV, hepatitidy B a C, syfilis, Chlamydia trachomatis)
- urologické vyšetření
- odběry spermatu ke zmrazení
- kontrolní vyšetření infekcí přenosných krví a pohlavním stykem 180 dnů po dokončení odběrů

Základním předpokladem je normální výsledek všech těchto vyšetření včetně negativitu všech vyšetřovaných infekcí.

Dárcovství reprodukčních buněk vychází ze zákona č. 296/2008Sb., o zajištění jakosti a bezpečnosti lidských tkání a buněk určených k použití u člověka a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Je oboustranně anonymní. Spermie mohou být použity pouze pro léčbu páru, u něhož ze zdravotních důvodů není jiná šance na těhotenství. Dárce je vybírán podle základních charakteristik (krevní skupina, barva očí, barva vlasů, výška, váha, etnický původ, popř. vzdělání, povaha a zájmy). Příjemci se nikdy dle platných zákonů nedozví identitu dárce, ani se dárce nesmí dozvědět identitu páru a případně narozených dětí. Z právního hlediska jsou za rodiče dítěte porozeného po léčbě neplodnosti metodami asistované reprodukce považováni vždy příjemci, nikoliv dárce spermií.

Za darování nepřísluší odměna, dárce může obdržet pouze náhradu účelně, hospodárně a prokazatelně vynaložených výdajů spojených s darováním. Výše této náhrady je stanovena vnitřním předpisem FN v Motole (Ceník péče nehrazené z veřejného zdravotního pojištění). Tato náhrada je předávána po kontrolním vyšetření infekcí a jen tehdy jsou-li splněna všechna kritéria dárcovství.

4. Rizika zdravotního výkonu: nejsou

5. Alternativy zdravotního výkonu: výkon je dobrovolný

6. Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po provedení příslušného zdravotního výkonu, lze-li takové omezení předpokládat; v případě možné nebo očekávané změny zdravotního stavu též údaje o změnách zdravotní způsobilosti:

Předpokládaná doba hospitalizace: není

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti: není

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: viz bod 7

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: nejsou

7. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a údaje o poskytnutí dalších zdravotních služeb (zdravotních výkonů):

- před každým odběrem spermatu je nutná 2–5-denní sexuální abstinence (doba od poslední ejakulace)
- před odběry spermatu pro zamrazení k darování je po dobu 3 měsíců nutné dodržovat zásady zdravého životního stylu, vyvarovat se rizikových sexuálních aktivit, omezit užívání alkoholu a kouření, neužívat jiné návykové látky. Během této doby je také nutné informovat o změně svého zdravotního stavu nebo zdravotního stavu svých sexuálních partnerů, zejména pak výskytu infekcí, celkových onemocnění nebo onemocnění v oblasti pohlavních orgánů a močových cest. Dále je nutné informovat o změnách údajů uvedených v Dotazníku pro dárce reprodukčních buněk.
- při každém odběru spermatu pro zamrazení k darování se provádí odběr krve na vyšetření infekcí přenosných krví a pohlavním stykem (HIV, hepatitidy B a C, syfilis) a vyšetření moči na přítomnost Chlamydia trachomatis

8. Poučení pacienta:

Pacient má právo se svobodně rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud právní předpisy toto právo nevyklučují.

9. Odpovědi na doplňující otázky pacienta:

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval o jeho zdravotním stavu a o veškerých shora uvedených skutečnostech, plánovaném vyšetření, léčebném postupu, a to včetně upozornění na možné komplikace.

V Praze, dne.....

.....
Podpis a jmenovka lékaře

Prohlášení a souhlas pacienta:

Já, níže podepsaný, prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu a o veškerých shora uvedených skutečnostech. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl jsem jim a měl jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly lékařem srozumitelně zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením zdravotního výkonu (viz výše).

Současně také prohlašuji, že jsem lékaři sdělil všechny mně známé důvody, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění). Prohlašuji, že veškeré údaje, které jsem uvedl do Dotazníku dárce reprodukčních buněk jsou pravdivé.

V Praze, dne.....

.....
Podpis pacienta