



FN MOTOL

Razítko pracoviště

Informovaný souhlas pacienta/zákonného zástupce s poskytnutím zdravotních služeb (zdravotních výkonů)

Příjmení: Jméno: RČ pacienta:
--

1. Název zdravotního výkonu:

KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ SPERMATU

2. Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu:

.....

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

Komplexní vyšetření spermatu sestává z následujících testů:

- Celkové zhodnocení ejakulátu (objem, barva, zápach, pH, viskozita)
- Hodnocení spermií (koncentrace, pohyblivost, tvar, životaschopnost) a ostatních buněk
- Hodnocení přítomnosti protilátek na povrchu spermií
- Mikrobiologické vyšetření (zjištění infekcí)
- Hodnocení výskytu spermií s vadami chromosomů
- Vyšetření stability DNA spermií
- Analýza biochemických parametrů ejakulátu

Jednotlivá vyšetření se provádí postupně a teprve dle získaných výsledků je možné rozhodnout, která z nich bude možné nebo odůvodněné provést.

Využití vzorku k nácviku a ověřování metod, výuce a výzkumu

Centrum reprodukční genetiky Ústavu biologie a lékařské genetiky 2. LF UK a FN Motol v rámci své výzkumné a vývojové činnosti zavádí a testuje nové metody vyšetření spermií, které nejsou součástí standardního vyšetření spermatu. Vzorky navíc mohou být využity k nácviku a výuce.

Spermie v rámci těchto postupů nejsou dlouhodobě uchovávány v životaschopném stavu, nejsou používány k nitroděložní inseminaci ani k mimotělnímu oplození vajíček partnerky ani jiné ženy, nejedná se tedy o léčebný postup ani o dárcovství spermií.

Výsledky tohoto testování slouží jako základ budoucího použití nových vyšetřovacích metod v klinické praxi pro zlepšení diagnostiky a léčby poruch plodnosti a pro vědecké publikace. Dosažené výsledky budou porovnávány s výsledky standardního vyšetření spermatu a s ostatními klinickými údaji.

4. Rizika zdravotního výkonu:

- žádná

5. Alternativy zdravotního výkonu:

- Pokud pacient s některou z metod nebo s využitím vzorku k nácvičku a ověřování metod, výuce a výzkumu nesouhlasí, může jí odmítnout.

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:**

- U komplexního vyšetření spermatu se nepředpokládá hospitalizace.

Předpokládaná doba trvání pracovní neschopnosti (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium):

- Pracovní neschopnost nebo neschopnost vykonávat studium se u komplexního vyšetření spermatu nepředpokládá.

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života:

- U komplexního vyšetření spermatu se nepředpokládá omezení v běžném způsobu života.

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti:

- U komplexního vyšetření spermatu se nepředpokládají změny ve zdravotní způsobilosti.

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 vhodná sexuální abstinence 2-5 dnů (doba od poslední ejakulace).
- Je-li to vzhledem k indikaci kryokonzervace možné, je vhodné po dobu 2 měsíců před odběrem dodržovat zásady zdravého životního stylu, omezit užívání alkoholu, nekouřit a neužívat jiné návykové látky. V případě užívání léků, výskytu infekcí, celkových onemocnění nebo onemocnění v oblasti pohlavních orgánů a močových cest je vhodná, je-li to vzhledem k indikaci kryokonzervace možné, konzultace s lékařem Centra reprodukční genetiky (CRG) a případně odložení odběru na jiný termín.

8. Záznam o poučení pacienta/zákonného zástupce pacienta jemuž bude implantován zdravotnický prostředek:

- U komplexního vyšetření spermatu se nepředpokládá implantace zdravotnického prostředku.

9. Odpovědi na doplňující otázky pacienta/zákonného zástupce pacienta:

.....
.....

Prohlášení zdravotnického pracovníka:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval o jeho zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby jím zastupované a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace. Pacient/zákonný zástupce pacienta byl seznámen s plánovaným způsobem anestézie (sedace), bude-li použita. Výsledky vyšetření budou důvěrné a nebudou bez souhlasu pacienta/zákonného zástupce pacienta nikomu sdělovány.

V Praze, dne.....

.....

Podpis a jmenovka zdravotnického pracovníka**Prohlášení a souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta:**

Já, níže podepsaný, prohlašuji, že jsem byl lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován o svém zdravotním stavu/o zdravotním stavu osoby mnou zastupované 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/souhlasím s provedením zdravotního výkonu u osoby mnou zastupované**, případně s použitím uvedené anestézie (sedace), včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví/život nebo zdraví osoby mnou zastupované.

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).

Pro zákonného zástupce pacienta:

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta zbavené způsobilosti k právním úkonům prohlašuji, že veškeré shora uvedené informace byly poskytnuty rovněž tomuto pacientovi (za podmínky, je-li k tomu pacient přiměřeně rozumově a volně vyspělý).

Pokud pacientovi nebyly takové informace poskytnuty, uveďte se důvod jejich neposkytnutí:

.....
.....

Souhlasím s využitím zbylé části vzorku odebraného osobě mnou zastupované k nácviku a ověřování metod, výuce a výzkumu:

ANO – NE * (*zakroužkujte odpověď)

Upřesnění:

V Praze, dne.....

NEBO

.....
Podpis zákonného zástupce pacienta.....
Podpis pacienta***Identifikace zákonného zástupce pacienta:**

1) Jméno a příjmení: Datum narození:

Vztah k pacientovi:

*Nezletilému pacientovi lze zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. U pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.