



Razítko pracoviště

Identifikační štítek pacienta

INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA S VÝKONEM DAROVÁNÍ MUŽSKÝCH REPRODUKČNÍCH BUNĚK (SPERMIÍ)

1. Diagnóza, která vede k provedení zdravotního výkonu (zdůvodnění/indikace):

- Dobrovolné anonymní dárcovství

2. Informace o potřebném zdravotním výkonu (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 negativy všech vyšetřovaných infekcí.

Dárcovství reprodukčních buněk vychází ze zákonů č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách a č. 296/2008 Sb. o lidských tkáních a buňkách, ve znění pozdějších předpisů. Dárcovství 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 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 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 Motol (Ceník péče nehrazené z veřejného zdravotního pojištění). Tato náhrada je předávána po kontrolním vyšetření infekcí (tj. nejdříve 180 dní od posledního odběru) a jen tehdy, jsou-li splněna všechna kritéria dárcovství.

3. Rizika zdravotního výkonu: Nejsou

4. Alternativy zdravotního výkonu: Nejsou

5. 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 (předpokládaná doba, po kterou pacient nebude schopen vykonávat své studium): Není

Předpokládaná omezení v běžném způsobu života: Viz kap. 6

Předpokládané změny zdravotní způsobilosti: Nejsou

6. 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*.

Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval/a o jeho zdravotním stavu a o veškerých shora uvedených skutečnostech, o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách, včetně upozornění na možné komplikace.

V Praze, dne.....20..... v.....hod.

Podpis a jmenovka lékaře

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 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, včetně provedení dalších zdravotních výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj život nebo zdraví.

Současně také prohlašuji, že jsem lékaři sdělil všechny mně známé okolnosti, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

Jsem si vědom, že tento svůj souhlas můžu kdykoliv odvolat.

V Praze, dne.....20..... v.....hod.

Podpis pacienta