



Razítko pracoviště

Identifikační štítek pacienta

## INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE S VÝKONEM KOMPLEXNÍ VYŠETŘENÍ SPERMATU

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

- 

### 2. Informace o potřebném zdravotním výkonu (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)
- Stanovení výskytu ostatních buněk
- Hodnocení přítomnosti protilátek na povrchu spermií

V případě indikace:

- Mikrobiologické vyšetření (zjištění infekcí)
- Vyšetření stability DNA spermií

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

### 3. Rizika zdravotního výkonu:

- žádná

### 4. Alternativy zdravotního výkonu:

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

### 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:

- 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.

**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 vhodná sexuální abstinence 2-5 dnů (doba od poslední ejakulace).
- Je-li to vzhledem k indikaci vyšetření 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 vyšetření možné, konzultace s lékařem Centra reprodukční genetiky (CRG) a případně odložení odběru vzorku a vyšetření na jiný termín.

**Prohlášení zdravotnického pracovníka:**

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta/zákonného zástupce pacienta srozumitelným způsobem a v dostatečném rozsahu informoval/a 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.....20..... v.....hod. ....

**Podpis a jmenovka zdravotnického pracovníka**

**Prohlášení a souhlas pacienta/zákonného zástupce pacienta:**

Já, níže podepsaný/á, prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a v dostatečném rozsahu informován/a 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/a jsem jim a měl/a 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 výkonu u osoby mnou zastupované, případně s použitím uvedené anestezie (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 lékařem sdělil/a všechny mně známé okolnosti, které by mohly zkomplikovat klidný průběh zdravotního výkonu (zejména užívané léky, alergie a všechna přidružená onemocnění).

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

**Pro zákonného zástupce pacienta:**

Jako zákonný zástupce nezletilého pacienta nebo pacienta s omezenou svéprávností 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, uvede se důvod jejich neposkytnutí:*

**Souhlasím s využitím zbylé části vzorku odebraného mé osobě / osobě mnou zastupované k nácvičku a ověřování metod, výuce a výzkumu:**

ANO – NE \* (\*zakroužkujte odpověď)

Upřesnění:

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

**Podpis pacienta\* /zákonného zástupce**

\* 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 s omezenou svéprávností se postupuje obdobně, nezohledňuje se však věk pacienta.

---

**Identifikace zákonného zástupce:**

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: ..... Vztah k pacientovi: .....

**Podpisová doložka svědka:**

.....  
Důvod nepodepsání, nemůže-li se pacient podepsat

.....  
Způsob, jakým pacient projevil vůli

.....  
Jméno a příjmení svědka

.....  
Podpis svědka