



Informovaný souhlas

Jméno a příjmení:	r. č.:
Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):	
Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů): ODBĚR TKÁNĚ VAJEČNÍKU A JEJÍ NÁSLEDNÁ KRYOKONZERVACE (ZMRAZENÍ)	
Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu: Po léčbě některými léky nebo zářením může dojít ve vaječnicích ženy k poškození ovariální tkáně (tkáň vaječnicku) a s tím související poruše plodnosti. Někdy je tato porucha vratná – po několika letech se může funkce vaječnicků obnovit, jindy je nevratná. Pokud se zmrazí ovariální tkáň před léčbou, zvyšuje se šance na zachování plodnosti. Kryokonzervace a skladování v kryobance je zpoplatněno dle aktuálního ceníku VFN. Po odběru a zpracování tkáně dostane žadatelka písemnou zprávu o zamražení ovariální tkáně a informace o kryokonzervaci. <u>Rizika výkonu:</u> Odběr ovariální tkáně nepřináší rizika. Rizika jsou jen taková, která vyplývají z operačního výkonu (krvácení, infekční komplikace).	
Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika: Není-li možno uskutečnit odběr oocytů (vajíček) a zamražení oocytů nebo embryí, jedná se o jedinou možnost zachování plodnosti ženy.	
Zdravotní výkon bude probíhat takto: Před odběrem ovariální tkáně je třeba vyplnit formulář „Žádost o odběr a kryokonzervaci ovariální tkáně“ (formulář F-CAS-901) provést vyšetření krve na sexuálně přenosné nemoci (z důvodu zajištění správného skladování vzorků v kryobance). Odběr ovariální tkáně se provádí v celkové anestezii na operačním sále, kdy se odebere část tkáně ovaria laparoskopicky (malým otvorem přes stěnu břišní za optické kontroly) nebo laparotomicky (řezem přes stěnu břišní). Po té se předá tkáň do embryologické laboratoře. Zde embryolog po zpracování provede kryokonzervaci (zmrazení) tkáně a následně ji pod označením uskladní ve speciálním kryokontejneru v kryobance.	
Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu: Nejsou	
Další potřebná léčba: Dle základního onemocnění	
Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl a výslovně	



Informovaný souhlas

souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

V případě, že pacient je **nezletilý nebo s omezenou svéprávností** a je přiměřeně rozumově a volně vespělý:

Prohlašuji, že jsem byl poučen v rozsahu, který je uveden výše.

Pokud pacientovi nebyly takové údaje poskytnuty, uvede se důvod jejich neposkytnutí:

V Praze dne

.....
podpis pacienta / zákonného zástupce

.....
jméno, příjmení a podpis lékaře

.....
podpis nezletilého pacienta / pacienta s omezenou svéprávností

Pokud pacient / zákonný zástupce se nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav podepsat:

Důvod, pro něž pacient / zákonný zástupce není schopen se podepsat:

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil svou vůli:

.....
jméno, příjmení a podpis svědka