

**INFORMOVANÝ SOUHLAS****Jméno a příjmení ženy:****r. č.:****Jméno a příjmení muže:****r. č.:****Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):****PROVEDENÍ PREIMPLANTAČNÍHO GENETICKÉHO VYŠETŘENÍ (PGT)**

- PGT - SR<sup>1</sup>  
 PGT - M  
 PGT - A  
 zjištění ženského pohlaví u pohlavně vázaných chorob  
 zjištění mužského pohlaví u pohlavně vázaných chorob  
 jiné:

**Účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotního výkonu:**

Preimplantační genetické vyšetření - PGT („Preimplantation Genetic Testing“) představuje vyšetření genetických chorob embryí vzniklých při umělém oplodnění (IVF) před jejich zavedením do dělohy pacientky. Vyšetření umožní preimplantačně zjistit mutace (změny) jednotlivých genů spojené s konkrétním dědičným onemocněním, jehož je jeden nebo oba partneři nosičem, a které se již v rodině mohlo vyskytnout.

Stejně jako všechny laboratorní metody má svá omezení i PGT: V časném stadiu vývoje embrya nemusí být počet a struktura chromozomů, a tedy i jednotlivých genů ve všech buňkách totožný (mosaicismus). U 2 - 5% embryí se vyšetření nezdaří. Není ani vyloučena laboratorní chyba a falešně negativní nebo pozitivní výsledek PGT. Přestože většinou odběr několika buněk nezpůsobí poškození embrya, nelze vyloučit, že k tomu výjimečně dojde.

Provedení preimplantační genetické diagnostiky nenahrazuje prenatalní vyšetření standardně prováděná u všech těhotných k odhalení vývojových vad a genetických onemocnění plodu (ultrazvukový a biochemický screening).

PGT nemůže zaručit úspěch IVF, tedy uchycení embrya do dělohy a vznik těhotenství. Uchycení embrya v děloze není zaručeno ani po přenosu embrya s výbornými vlastnostmi. Dojde-li k těhotenství, může toto stejně jako po přirozeném otěhotnění skončit potratem, mimoděložním těhotenstvím, odumřením plodu či porodem plodu s vrozenou vývojovou vadou.

**Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:**

Prenatální diagnostika z placenty nebo plodové vody. V I. trimestru (biopsie choria – odběr vzorku choriových klků) nebo II. trimestru (amniocentesa – odběr vzorku plodové vody). Některé genetické vady plodu je možné během těhotenství odhalit i neinvazivním vyšetřením, pomocí zobrazovacích metod (ultrazvuk, magnetická rezonance) nebo analýzou volné DNA v krvi matky (např. Downův syndrom, Edwardsův syndrom, Turnerův syndrom, Klinefelterový syndrom, defekt neurální trubice,

<sup>1</sup> Zkratky jsou vysvětleny v dokumentu IP-CAR-39 Informace pro ženy a muže před preimplantačním genetickým vyšetřením. Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.



## INFORMOVANÝ SOUHLAS

rozštěp přední břišní stěny, vrozené srdeční vady, anomálie končetin; vývojové vady ledvin, plic, střev, míchy, mozku).

### Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Aby mohla být preimplantační diagnostika embrya provedena, musí pár, i když jejich plodnost je normální, podstoupit léčebný režim asistované reprodukce (in vitro fertilizace - IVF).

Po vyšetření bude následovat genetické poradenství v rámci, kterého bude páru poskytnuta řádná interpretace výsledků vyšetření. Nevyužitý diagnostický materiál (DNA) získaný při odběru embryí bude uchován pro účely dodatečného vyšetření.

Ta embrya, která vyhodnotí odborníci smluvní genetické laboratoře Tkáňového zařízení Gennet jako zcela nevhodná pro embryotransfer, jsou ze skladování v Centru asistované reprodukce vyřazena.

### Omezení a doporučení ve způsobu života s ohledem na zdravotní stav a případné změny zdravotní způsobilosti po provedení uvedeného zdravotního výkonu:

Uvedeno v dokumentu IP-CAS-42: Informace pro ženy a muže před zahájením metod mimotělního oplodnění.

### Další potřebná léčba:

Doporučujeme navíc potvrdit každou PGT-M a PGT-SR vyšetřením choriových klků v I. trimestru těhotenství (biopsie choria) nebo vyšetřením plodové vody (amniocentesa) v II. trimestru těhotenství.

### Poznámka:

Veškeré informace týkající se preimplantačního genetického vyšetření jsou obsaženy v dokumentu IP-CAR-39: Informace pro ženy a muže před preimplantačním genetickým vyšetřením, který každý pár dostane k dispozici.

**Prohlašujeme, že lékař, který nám poskytl poučení, nám osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měli jsme možnost klást mu otázky, na které nám řádně odpověděl. Prohlašujeme, že jsme shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměli a výslovně souhlasíme s provedením tohoto zdravotního výkonu:**

**Prohlašujeme, že jsme byli poučeni v rozsahu, který je uveden výše.**

Pokud nebyly takové údaje poskytnuty, uveďte se důvod jejich neposkytnutí:

V Praze dne

.....

podpis ženy

.....

podpis muže

.....

jméno, příjmení a podpis lékaře

Ověřeno dle dokladu totožnosti (žena):  OP  pas č.:

Ověřeno dle dokladu totožnosti (muž):  OP  pas č.:

Ověřil/a (jméno, příjmení, podpis):