VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**

Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

☐ **ODBĚR SEMENNÉ TEKUTINY ODSÁTÍM Z KANÁLKŮ NADVARLETE - MESA (MICRO EPIDIDYMAL SPERM ASPIRATION)**

- ☐ **VLEVO**
- ☐ **VPRAVO**

☐ **ODBĚR NĚKOLIKA VZORKŮ TKÁNĚ VARLETE - TESE (TESTICULAR SPERM EXTRACTION)**

- ☐ **VLEVO**
- ☐ **VPRAVO**

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

Tento výkon se obvykle provádí při nepřítomnosti spermií při vyšetření ejakulátu, spermiogramu a nemožnosti oplodnění. Bude proveden odběr zárodečných buněk z kanálků nadvarlat a tkáně varlat (pokud budou přítomny) operační technikou. Tento materiál bude dále zpracován pracovníky Centra asistované reprodukce Kliniky gynekologie, porodnictví a neonatologie VFN.

Výkon není hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Dle platného ceníku VFN je cena výkonu ve výši 15 000 Kč.

Se zárodečnými buňkami bude nakládáno dle platných právních předpisů, které toto upravují (informace Vám podají pracovníci uvedeného centra asistované reprodukce).

Rizika a důsledky léčby:

- Rizika spojená s anestézií (informace Vám podá odborný lékař anesteziolog).
- Pooperační bolesti v oblasti či šourku bývají zcela minimální, které dobře reagují na běžná analgetika (léky proti bolesti).
- Antibiotika nejsou automaticky indikována, v určitém procentu případů (do 2 %) může však dojít ke vzniku infekce v ráně.

Jiné možnosti, jejich vhodnost, přínosy a rizika:

Odběr zárodečných buněk odsátím kanálků nadvarlete nebo varlete punkční technikou, napíchnutím rozšířených kanálků nadvarlete tenkou jehlou přístupem přes kůži pod kontrolou ultrazvuku. Nevýhodou je to, že se napichuje nadvarle či varle buď pod kontrolou ultrazvuku, nebo „naslepo", bez jakéhokoli zaměření. Může docházet k nekontrolovatelnému krvácení, hematomu (krevní výron), s nutností následné operace.

Zdravotní výkon bude probíhat takto:

Operační výkon většinou následuje v den přijetí na lůžko pracoviště (pokud je prováděn souběžně s odběrem zárodečných buněk u ženy). V narkóze (o jejímž druhu budete informováni lékařem anesteziologem) se provede krátký kožní řez v oblasti šourku, otevřením podkožní tkáně a obalů varlete se ozřejmí oblast nadvarlete a varlete. Podle výše uvedeného typu výkonu se (za přítomnosti pracovníků centra asistované reprodukce) provede odběr eventuálně zárodečných buněk odsátím kanálků nadvarlete (MESA). Ihned probíhá kontrola přítomnosti spermií mikroskopickým vyšetřením. Podle požadavků pracovníků centra asistované reprodukce probíhá ještě eventuální doplnění odběrů

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: **r. č.:**

zárodečné tkáně z několika míst (3-4) a úrovní hloubky varlete po otevření jeho obalu (TESE). Následuje uzavření obalů varlete (tuniky), poté podkoží a kůže šourku, aplikací sterilního obvazu na ránu/y je operační výkon ukončen. Tento postup je obdobný při operaci jednostranné či oboustranné.

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

Na přechodnou dobu budou v místě operačního přístupu na šourku (jednostranně či oboustranně) stehy v oblasti rány (stehy jsou buď „samovstřebávací" nebo budou při kontrole u lékaře odstraněny), po několik dní, kdy dochází k hojení ran/y není vhodná výraznější fyzická námaha, posilování, silové sporty, koupání v bazénech a přírodních koupalištích, návštěva sauny. Provádění běžných hygienických úkonů (sprchování) není omezeno (po dobu, po kterou jsou v ráně přítomny stehy, pouze nejsou vhodné sedací koupele). Pracovní neschopnost (podle charakteru zaměstnání) není vyžadována (nebo bývá pouze několik dní).

Další potřebná léčba:

Kontrolní vyšetření bývá za 7-10 dní, pokud zdravotní stav nevyžaduje jinak. Při kontrole je možné ambulantně provést odstranění stehů, pokud jsou ještě přítomny (většinou jsou použity stehy, které se spontánně odloučí). Další kontroly nebývají nutné.

Prohlašuji, že lékař, který mi poskytl poučení, mi osobně vysvětlil vše, co je obsahem tohoto písemného informovaného souhlasu a měl/a jsem možnost klást mu otázky, na které mi řádně odpověděl. Prohlašuji, že jsem shora uvedenému poučení a informacím plně porozuměl/a a výslovně souhlasím s provedením tohoto zdravotního výkonu:

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

Prohlašuji, že jsem byl/a poučen/a 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/a se podepsat:

Způsob, jak pacient / zákonný zástupce projevil/a svou vůli:

.....

jméno, příjmení a podpis svědka