

PŘÍLOHA K INFORMOVANÉMU SOUHLASU**503****KET (přenos rozmrazených embryí)****Vážení klienti,**

Na základě Vašeho rozhodnutí a schválení podstoupíte přenos zárodků do dutiny děložní po jejich rozmrazení – kryoembryotransfer (KET). Chtěli bychom Vám proto poskytnout informace, které by prohloubily Vaše vědomosti o plánovaném výkonu.

Účel, povaha a předpokládaný prospěch:

Cílem kryoembryotransferu je zavedení embryí do dutiny děložní po jejich rozmrazení s cílem dosažení Vašeho těhotenství.

Postup:

V průběhu cyklu, ve kterém plánujeme KET, sledujeme ultrazvukem sliznici v dutině děložní. Pokud není dostatečná aktivita vaječnicku, podáváme léky na podporu růstu děložní sliznice. Před transferem se pak aplikují léky, které připraví děložní sliznici na uhnízdění embryí. Přesné dávkování léků je uvedeno v rozpisu, který obdržíte na ambulanci CAR.

S embryology upřesníte počet rozmrazovaných a transferovaných embryí, případně další výkony a podrobnosti výkonu.

Možné komplikace:

Podávání léků a přenos zárodků má určitá rizika, o kterých Vás budeme informovat.

- Hormony** podávané na podporu růstu děložní sliznice mohou u vnímavých osob zvýšit riziko zánětu žil a vzniku krevních sraženin.
- Těhotenství po mimotělním oplození** a přenosu embryí je spojeno s určitým rizikem. Vývoj těhotenství se může ve svém vývoji zastavit a skončit jako potrat, může vzniknout i mimoděložní těhotenství. Riziko vrozených vývojových vad u dětí narozených po technikách asistované reprodukce je srovnatelné s ostatní populací.
- Výskyt vícečetného těhotenství** po technikách asistované reprodukce je výrazně vyšší. Dvojčetná a vícečetná těhotenství představují riziko současně pro matku i pro plody. Prevencí je zavedení (transfer) maximálně dvou embryí do dutiny děložní.

Alternativa plánovaného výkonu:

Neprovádět kryoembryotransfer.

Omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti:

Pro zlepšení pravděpodobnosti uchycení embryí v děloze po proběhlém kryoembryotransferu doporučujeme po výkonu následujících 24 h fyzický klid. Po dobu dalšího jednoho až dvou týdnů doporučujeme fyzické šetření a pohlavní abstinenci. Pracovní neschopnost na tuto dobu je možná, ale není nevyhnutelná.

Jméno pacientky:.....Rodné č.

Vysvětlující pohovor provedl:

(Razítko a podpis lékaře)

- Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod výkonu, způsob jeho provedení, a byla jsem seznámena s možnými komplikacemi. Souhlasím s navrhovaným postupem.
- Byli jsme informováni o výše uvedených skutečnostech, měli jsme možnost zeptat se a zvážit odpovědi, které jsme dostali. Chápeme, že naše rozhodnutí je zcela dobrovolné. Svůj souhlas jsme si řádně rozmysleli, rozhodli jsme se svobodně a nepodepsali ho v tísní.
- Souhlasím s uvedením dat o provedeném výkonu a dosaženém těhotenství do národního registru
- Žádáme o provedení transferu zmrazených embryí .

Pacientka

Partner

Jméno:

Jméno:.....

Rodné číslo:

Rodné číslo:

Stav:

Stav:

Pojišťovna:

Pojišťovna:

Podpis:

Podpis:

!!! Podpis partnera je nutné notářsky ověřit !!!

Datum:

Lékař :

Embryolog.....