

KLINIKA ZA GINEKOLOGIJO IN PERINATOLOGIJO
Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo

PRISTANAK ZA LIJEČENJE VANTJELESNE OPLODNJE

Pacijentica :

Muž ili partner:

Izjavljujemo, da smo gore imenovani centar zamolili da nam nudi liječenje, koje će pomoći da dobijemo dijete. Pristajemo:

- da me se pripremi za oduzimanje jajne stanice nakon **prethodne stimulacije hormonima** i drugim lijekova koji su navedeni u programu,
- da dam **sjeme**, kojim će se oploditi jajne stanice moje suproge ili partnerice
- da se mi oduzmu (aspiriraju) jajne stanice **punkcijom vođenom ultrazvukom**;
- da se u laboratorijskim uslovima izvrši oplodnja jajnih stanica s spermom mog muža odn. partnera;
- da se mi dadu svi lijekovi i anestetici, koji su potrebni u toku operacije
- na dodatno operativno liječenje, koje bi bilo potrebno kao **posljedica (komplikacija)** stimulacije ovulacije, punkcije ili embriotransfera, a koje uključuju mogućnost hiperstimulacije, upala organa male zdjelice, operativnih zahvata zbog krvarenja u trbušnu šupljinu i višeplođnih trudnoća

Razumijemo da nema garancije, da će po postupku izvantjelesne oplodnje doći do trudnoće. Isto tako smo svjesni, da se unutar normalne populacije, kao i one začete oplodnjom, rodi izvjesan (jednak) postotak djece s fizičkim i mentalnim defektima, i da je pojavljivanje tih oštećenja izvan kontrole liječnika. Zato smo svjesni da ustanova ne može preuzeti odgovornosti za fizičke i mentalne karakteristike djece, koja će se roditi nakon izvantjelesne oplodnje. Isto tako razumijemo da se 20% trudnoća završava spontanim pobačajem, a 3% izvanmaterničnom trudnoćom. Prihvaćamo rizik da se nakon embriotransfera većeg broja zametaka u maternicu mogu ugnjezditi svi što dovodi do višeplođne trudnoće. Slično kao i kod svake trudnoće može doći do komplikacije poroda.

Upoznati smo i sa postojanjem drugih metoda liječenja kojima je moguće riješiti ili zaobići problem neplodnosti, kao što su usvajanje djeteta ili odustajanje od samog liječenja.

Pristajemo, da nas u pismom obliku ili telefonskim pozivom kontaktirate za informacije o podacima koji nedostaju po obavljenom postupku IVF/ICSI zbog praćenja trudnoće i razvoja djeteta. Podatke (fotokopija otpusnog pisma) povezane sa trudnoćom i porođajem ću posredovati Centru za IVF u Mariboru, u kom sam se liječila.

S svojim liječnikom smo se iscrpno informirali o navedenim postupcima i mogućim komplikacijama. S njima samo upoznati usmeno i pismeno. Lječniku smo mogli postaviti dodatna pitanja na koja smo dobili odgovor.

MUŽ: Podpisani _____ slažem se sa navedenim postupkom liječenja. Svjestan sam, da ću biti otac djece koja će se roditi nakon opisanog zahvata.

PARTNER: Podpisani _____ nisam oženjen s gore imenovanom, ali pristajem, da se oboje liječimo zajedno i potvrđujem, da namjeravam postati zakoniti otac djece koja bi se rodila nakon liječenja.

Maribor,

Liječnik: _____ Pacijentica: _____

KLINIKA ZA GINEKOLOGIJO IN PERINATOLOGIJO
Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo

PRISTANAK ZA EMBRIOTRANSFER I ZAMRZAVANJE EMBRIONA

Potpisani:

Pacijentica :

Ime i prezime:

Muž ili partner:

Ime i prezime:

Pristajemo:

- da se mi u maternicu unese (**embriotransfer**) _____ (broj) embriona
- da se ostali embrioni odgovarajuće kvalitete zamrznejo

Izjavljujemo, da smo učestvovali u savetovanju vezanom za postupak zamrzavanja i čuvanja embriona dobijenog posle uspešnog postupka vantelesne oplodnje. Iscrpno su nam objasnili prirodu, svrhu i moguće posledice zamrzavanja i čuvanja embriona.

Pristajemo na zamrzavanje i čuvanje jednog ili više embriona dobijenih uspešnim postupkom vantelesne oplodnje. Pristajemo, da se za zamrzavanje izaberu oni embrioni za koje se predviđa da će dobro podneti proces zamrzavanja.

Razumemo, da nema garancije, da će zamrznuti embrioni preživeti, kao ni da će trudnoća posle zamrzavanja, odmrzavanja i implantacije takvog embriona biti normalna. Isto tako smo svesni činjenice, da nema garancije, da dete rođeno posle embriotransfera takvog embriona bude fizički i mentalno zdravo.

Jasno nam je, da ovaj pristanak **važi za period od pet godina**. Svako produženje čuvanja embriona zahteva produžavanje prvobitnog pristanka. Naša oobaveza je da uspostavljamo i održavamo kontakte sa bolnicom. Ako po isteku gore pomenutog perioda od pet godina ne predamo zahtev za produženje postojećeg pristanka, bolnica ima pravo da prekine održavanje optimalnih uslova za preživljavanje zamrznutih embriona.

Potvrđujemo, da smo ovaj dokument pažljivo pročitali i proučili, da ga nam je liječnik _____ obrazložio, da razumemo njegove uslove i da ga dobrovoljno potpisujemo.

Broj zamrznutih embriona:

starost embriona: _____

Broj slamica:

Podpis ženske: _____

Podpis muškega: _____

Podpis zdravnika: _____

Podpis biologa: _____

Maribor,