

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

**PRIVOLITEV K ZDRAVLJENJU Z ZUNAJTELESNO OPLODITVIJO**

Pacientka :

Mož ali partner:

Izjavljava, da sva zgoraj imenovani center prosila, da nama nudi zdravljenje, ki bi nama pomagalo dobiti otroka. Privoliva da se opravi postopek oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP). Zato privoliva:

- Da se me pripravi na odvzem jajčnih celic z **dajanjem hormonov** in drugih zdravil, ki so navedena v programu,
- da dam **semenski izliv** z namenom, da se semenčice uporabijo za oploditev jajčnih celic moje soproge oz. partnerke,
- da se mi odvzamejo jajčne celice iz jajčnikov s pomočjo **punkcije, vodene z ultrazvokom;**
- da se v laboratorijskih pogojih izvede oploditev jajčnih celic s semenom mojega moža oz. partnerja;
- da se mi v maternico **vstavijo ( embriotransfer )** \_\_\_\_\_ tako nastali zarodek/-ki;
- da se mi dajo vsa zdravila in anestetiki, ki so v teh postopkih potrebni;
- k dodatnim operativnim posegom oz. zdravljenju, ki bi bili posledica stimulacije ovulacije, punkcije ali embriotransferja, če bi se izkazali za potrebne.

*O teh postopkih in morebitnih zapletih so naju s partnerjem seznanili ustno in pisno. Z zdravnikom/co sva se podrobno pogovorila in dobila razumljiv odgovor na vsa zastavljena vprašanja. Tako se zavedava in sprejemava tveganje za zaplete, ki nastanejo zaradi hormonske terapije (hiperstimulacija ovarijev) in zaplete, ki sledijo punkciji in prenosu zarodkov. Razumeva tudi, da ni zagotovila, da bi postopku zunajtelesne oploditve sledila nosečnost. Prav tako se zavedava, da se znotraj normalne populacije, kakor tudi tiste spočete z zunajtelesno oploditvijo, rodi določen (enak) odstotek otrok s fizičnimi in mentalnimi defekti in da je pojav takšnih nepravilnosti izven kontrole zdravnikov. Zato se zavedava, da ustanova ne more prevzeti odgovornosti za fizične in mentalne značilnosti otrok, ki bi se rodili kot posledica zunajtelesne oploditve. Prav tako razumeva, da se 20% nosečnosti lahko konča s spontanim splavom, 3% pa z izvenmaternično nosečnostjo. Sprejemava tveganje, da se ob prenosu večjega števila zarodkov v maternico lahko ugnezdiijo vsi, kar privede do večplodne nosečnosti, ta pa lahko nastane tudi po prenosu enega zarodka. Podobno lahko pride, kot pri vsaki nosečnosti, tudi do porodnih komplikacij.*

*Pristaneva, da se nas v pisni obliki vpraša ali pokliče po telefonu o morebitnih manjkajočih podatkih po opravljenem postopku OBMP, kakor tudi zaradi sodelovanja pri sledenju poteka nosečnosti in razvoja otroka. Podatek (fotokopijo odpustnice) v zvezi z nosečnostjo in porodom bom posredovala Centru za OBMP, v katerem sem se zdravila.*

**MOŽ:** Podpisani soglašam z zgoraj navedenim postopkom zdravljenja. Zavedam se, da bom postal zakoniti oče otrokom, ki se bodo rodili po postopku.

**PARTNER:** Podpisani izjavljam, nisem poročen z zgoraj imenovano, toda pristajam, da se oba zdraviva skupaj. Zavedam se, da bom postal zakoniti oče otrokom, ki se bodo rodili po postopku.

Zdravnik: \_\_\_\_\_

Podpis ženske: \_\_\_\_\_

Maribor, \_\_\_\_\_

Podpis moškega: \_\_\_\_\_

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

**PRIVOLITEV ZA POSTOPEK PRENOSA IN ZAMRZOVANJA ZARODKOV**

Pacientka :

Mož ali partner:

**Privoliva**

da se mi v maternico **vstavijo ( embriotransfer )** \_\_\_\_\_ zarodek/zarodki  
da se ostali zarodki primerne kvalitete zamrznejo.

Seznanjena sva, da se lahko zarodek po prenosu v maternico še predeli, posledica je večplodna nosečnost.

Izjavljava, da sva bila deležna posvetovanja v zvezi z zamrzovanjem in shranjevanjem zarodkov po uspešni zunajtelesni oploditvi. Zadovoljivo so nama obrazložili naravo, namen in pričakovane posledice zamrzovanja in shranjevanja zarodkov (embrijev).

Privoliva, da se zamrzne in shrani enega ali več zarodkov po uspešni zunajtelesni oploditvi. Privoliva, da se za zamrzovanje izberejo tisti zarodki, za katere predvidevajo, da bodo dobro prenesli postopek zamrzovanja.

*Razumeva, da ni zagotovila za preživetje zarodkov, kakor tudi normalno nosečnost po zamrzovanju, odtajanju in implantaciji zarodka. Prav tako razumeva, da ni zagotovila, da bo otrok, rojen po embriotransferju takega zarodka telesno in umsko zdrav.*

Razumeva, da ta privolitev **velja za dobo petih let**. Vsako podaljšanje shranjevanja zarodkov za naslednjih pet let zahteva novo podaljševanje privolitve. Najina obveznost je, da vzpostavljava in vzdržujeva stike z bolnišnico. Če po poteku prvotne dobe petih let ne zaprosiva za nadaljnje podaljšanje, priznava pravico bolnišnici do opustitve pogojev, ki omogočajo preživetje zamrznjenih zarodkov.

Potrjujeva, da sva ta dokument skrbno proučila, da nama ga je zdravnik \_\_\_\_\_ obrazložil, da razumeva njegove pogoje in da ga podpiševa prostovoljno.

Število zamrznjenih zarodkov:  starost zarodkov: \_\_\_\_\_

Število slamic:

Podpis zdravnika: \_\_\_\_\_ Podpis ženske: \_\_\_\_\_

Podpis embriologa: \_\_\_\_\_ Podpis moškega: \_\_\_\_\_