

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

PRIVOLITEV NA ZDRAVLJENJE NEPLODNOSTI Z ZUNAJTELESNO OPLODITVIJO V ČASU PANDEMIJE COVID-19

Odločate se za zdravljenje neplodnosti z zunajtelesno oploditvijo v času pandemije z virusom SARS-CoV-2. Bolezen je nova, zato je o njej še veliko neznanega. Zaenkrat ni dokazov o tem, da bi bila bolezen COVID-19 povezana z večjim deležem spontanih splavov, niti da bi bil potek bolezni pri nosečnicah težji. Prenos virusa preko ženske na plod izgleda verjeten, vendar kaže, da ne vpliva na razvoj ploda v nosečnosti in na zdravje otroka po rojstvu. Še vedno pa ni dovolj podatkov o morebitnem vplivu te okužbe na spolne celice, na razvoj zarodkov, zanositev in nosečnost ob okužbi enega od partnerjev.

V skladu s priporočili Evropskega združenja za humano reprodukcijo in embriologijo vas bomo dva tedna pred postopkom povprašali o vašem zdravstvenem stanju, ponovno pa ob začetku zdravljenja. V kolikor boste zdravi in bo tveganje zato, da ste nosilec virusa, majhno, bomo začeli z načrtovanim postopkom.

Če ste preboleli COVID-19, je zaradi vaše varnosti, varnosti vaših zarodkov in ljudi okoli vas, priporočljivo počakati z začetkom postopka 28 dni. Če zbolite pred punkcijo foliklov, bomo morali postopek prekiniti dokler ne ozdravite. Če bo vaš test na corona virus pozitiven po punkciji, bomo vaše zarodke zamrznili in naredili prenos zarodka, ko boste zopet zdravi.

| | |
|------------------------|--|
| Ime in priimek ženske | |
| Ime in priimek moškega | |

Podpisana potrjujeva, da sva prebrala privolitveno izjavo in da sva dobila odgovore na svoja vprašanja. Zato soglašava, da

- bova ORME posredovala podatke o svojem zdravstvenem stanju pred začetkom postopka, kakor tudi o morebitnih spremembah med postopkom,
- bova upoštevala navodila osebja v primeru odkrite bolezni COVID-19 ali ob sumu nanjo,
- bova upoštevala veljavna navodila o gibanju in zaščiti v javnih prostorih,
- bova upoštevala navodila osebja klinike, namenjena večji varnosti za naju, druge paciente in osebje klinike.

Podpis ženske: _____

Podpis zdravnika: _____

Podpis moškega: _____

Datum: _____