



# VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

**Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie – Centrum asistované reprodukce**

Apolinářská 441/18, 128 08 Praha 2

Formulář | F-CAR-323 | strana 1 z 2 | verze 15, platnost od 26. 2. 2024

## ŽÁDOST A SOUHLAS S KRYOEMBRYOTRANSFEREM

**AMB: Jméno pacientky:**.....(nalepit štítek).....

**č. CAR :** .....

**Číslo tohoto cyklu (SMX):**.....

Emb. pocházejí z IVF **Zdrojového** cyklu č.....

Datum plánovaného KET: .....

Vývoj. stádium (den) : .....

### LAB:

Kryoembryotransfer č..... embrya z .....IVF cyklu. s punkcí ze dne .....

Pejety č.: ..... kontejner ..... | závěs č. .... | gobleta ..... | barva pejety.....

Rozmrazovací set: .....Rozmrazoval/a: .....Verifikace.....

**SEC = Sekvence identifikace darování (od pacientky) a sekvence identifikace přípravku (z kryokonzervace):**

CAR	DATUM OPU	INICIALY	ČÍSLO CAR	EU kód	EU systém	Čís. frakce	Expirace
<b>CZ000933</b>				<b>E</b>			

Popis pejety:

Datum:	Popis embryí								Podpis
Hod.:	Hodnocení								

Datum:	Popis embryí								Podpis
Hod.:	Hodnocení								

Datum:	Popis embryí								Podpis
Hod.:	Hodnocení								

Datum:	Popis embryí								Podpis
Hod.:	Hodnocení								

Propuštění embryí dle protokolu v počtu ..... za účelem kryoembryotransferu (KET) provedeno

Dne..... Jméno a podpis odpovědné osoby CAR .....

Zbývá embryí celkem: .....

zamražených 1. den.....

Datum transferu: .....

2. den.....

Jméno a podpis lékaře: .....

3. den.....

4. den.....

Jméno a podpis embryologa: .....

5. den.....

6. den.....



## VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

**Klinika gynekologie, porodnictví a neonatologie – Centrum asistované reprodukce**

Apolinářská 441/18, 128 08 Praha 2

Formulář | F-CAR-323 | strana 2 z 2 | verze 15, platnost od 26. 2. 2024

### ŽÁDOST A SOUHLAS S KRYOEMBRYOTRANSFEREM

Jméno ženy:	R.Č.:	Průkaz totožnosti:	Číslo karty CAR:
Jméno muže:	R.Č.:	Průkaz totožnosti:	

Prohlašujeme, že jsme si přečetli písemné informace o léčbě „INFORMACE pro muže a ženy před zahájením metod mimotělního oplození (IVF, KET, darování a přijetí oocytů)“ (IP-CAR-42), byli jsme o těchto výkonech lékařem informováni a měli jsme možnost položit doplňující dotazy, které nám byly zodpovězeny.

Dne ..... Podpis ženy.....

Dne ..... Jméno a podpis lékaře

Dne ..... Podpis muže.....

Podle zákona 373/2011 Sb. prohlašujeme, že žena výše uvedená

- nemá k muži výše uvedenému - s nímž předkládá tuto žádost - příbuzenský vztah vylučující podle jiného právního předpisu uzavření manželství
- není osoba zbavená způsobilosti k právním úkonům nebo osoba s omezenou způsobilostí k právním úkonům tak, že není způsobilá posoudit poskytnutí zdravotních služeb, popřípadě důsledky jejich poskytnutí, nebo k rodičovské zodpovědnosti, a to i částečně.
- není osoba umístěná v policejní cele, ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody nebo zabezpečovací detenci.

Jsmo si vědomi, že určení otcovství a rodičovství upravuje od 1.1.2014 nový Občanský zákoník 89/2012Sb., kde je mimo jiné uvedeno:

*Narodí-li se dítě v době **od uzavření manželství** do uplynutí třístého dne poté, co manželství zaniklo nebo bylo prohlášeno za neplatné, anebo poté, co byl manžel matky prohlášen za nezvěstného, má se za to, že **otcem je manžel matky.***

*Narodí-li se dítě, které je počato umělým oplodněním ženě **neprovdané**, má se za to, že **otcem dítěte je muž, který dal k umělému oplodnění souhlas.***

Žádáme o provedení **kryoembryotransferu**, tedy vnesení embryí do dělohy níže podepsané ženy. Tato embrya jsou zamrazena v rámci dříve provedeného (na podkladě naší společné žádosti) cyklu IVF a po dohodě s lékařem je možno je zavést v počtu jedno nebo dvě (embrya). Zároveň souhlasíme s aplikací léků a operačními a laboratorními postupy a vyšetřeními, které jsou k dosažení těhotenství (touto metodou) nezbytné.

Bereme na vědomí, že **údaje** o provedení léčby budou podle zákona č.372/2011 Sb. povinně předány do Národního registru asistované reprodukce / Národního registru reprodukčního zdraví, který je zřízen Ministerstvem zdravotnictví a splňuje všechny normy ohledně ochrany osobních údajů.

Bereme na vědomí, že kryoembryotransfer **není hrazen** zdravotní pojišťovnou a zavazujeme se ho uhradit podle ceníku VFN (platného ke dni převzetí informace o užívání léků a/nebo vyšetření plánovaných pro zamýšlený kryoembryotransfer), který je k dispozici na CAR. Prohlašujeme, že jsme měli možnost se s ním seznámit.

**Tento souhlas je platný pouze pro jedno provedení kryoembryotransferu, které se uskuteční nejpozději do 6 měsíců od podpisu.**

Byli jsme poučeni o kryoembryotransferu, doplňující otázky nám byly zodpovězeny, s výše uvedeným souhlasíme.

**ŽÁDÁME O VLOŽENÍ (uveďte slovně počet).....embrya / embryí do dělohy níže podepsané ženy.**

Dne ..... Jméno a podpis lékaře .....

Dne ..... Podpis ženy..... Totožnost při podpisu zkontroloval/a.....

Dne ..... Podpis muže..... Totožnost při podpisu zkontroloval/a.....

Rozpis léků a/nebo vyšetření plánovaných pro zamýšlený cyklus asistované reprodukce jsem **převzala. Souhlasím s cenami**

pojišťovnou nehrazených výkonů podle ceníku CAR k dnešnímu dni, za kryoembryotransfer uhradím částku ..... Kč.

Dne ..... Podpis ženy ..... Jméno a podpis sestry.....

**ŽÁDÁM O VÝKON – PROVEDENÍ EMBRYOTRANSFERU** - dle výše uvedeného souhlasu. (žádost / souhlas platí 30 dnů).

Dne..... Podpis ženy ..... Jméno a podpis lékaře.....