

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Spermiogram

Vážená paní, Vážený pane,

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován(a).

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám bylo lékařem indikováno vyšetření spermiogramu.

Co je spermiogram:

Spermiogram je metoda vyšetření ejakulátu. Jedná se o zjištění počtu, pohyblivosti a vzhledu spermií.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Vyšetření se provádí nejčastěji na doporučení gynekologa ke zjištění stavu plodnosti muže.

Alternativy výkonu:

V současné době neexistuje adekvátní alternativa k tomuto výkonu.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Před vyšetřením je nutná pětidenní sexuální abstinence. K vyšetření je zapotřebí ejakulát, který pacient pořídí masturbací do odběrové nádoby, zkumavky, kterou dostane v naší ambulanci, anebo do jakékoliv nádoby z čirého průhledného skla nebo plastu. Vzorek ejakulátu nesmí být starší více než jednu hodinu.

Jaký je postup při provádění výkonu:

Po odevzdání vzorku lékař sleduje dobu zkapalnění ejakulátu, hodnotí zbarvení a objem ejakulátu. Poté se mikroskopicky hodnotí pohyblivost, vzhled a počet spermií.
Po vyšetření se sperma dále neuchovává.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

U tohoto vyšetření nebyly popsány žádné komplikace ohrožující pacienta. Samotný rozbor ejakulátu je možný bez přítomnosti pacienta.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Po vyšetření není vyžadován žádný speciální režim.

Identifikační údaje pacienta(tky):

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

Plánovaný výkon:

Spermiogram

Vysvětlující pohovor provedl:

--

identifikace a podpis lékaře

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajil(a) jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení výkonu či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.

Bylo mi podáno vysvětlení, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví, budou tyto výkony provedeny.

V Ostravě dne:

.....
podpis pacienta(tky), zákonného zástupce,
opatrovníka