

**VZORY PÍSOMNÉHO INFORMOVANÉHO SÚHLASU  
PRED VYKONANÍM STERILIZÁCIE OSOBY V ŠTÁTNYM JAZYKU**

**A. Vzor písomného informovaného súhlasu pred vykonaním sterilizácie ženy**

Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:

.....

Meno a priezvisko osoby, ktorej sa má vykonať sterilizácia:

.....

Dátum narodenia osoby, ktorej sa má vykonať sterilizácia: .....

Svojím podpisom potvrdzujem, že som bola zrozumiteľne, podrobne, ohľaduplne a bez nátlaku poučená o podstate, charaktere a dôsledkoch operačného výkonu – sterilizácie a poučení som porozumela. Bola som tiež poučená o možnostiach voľby navrhovaných postupov.

Zároveň svojím podpisom potvrdzujem, že som bola počas lekárskeho vyšetrenia informovaná o

**a) Alternatívnych metódach antikoncepcie a plánovanom rodičovstve**

Sterilizácia ženy je operačné prerušenie vajíčkovodov, ktoré slúžia na transport vajíčok z vaječníka do maternice a sú miestom oplodnenia (splynutia ženskej pohlavnej bunky – vajíčka s mužskou pohlavnou bunkou – spermiou), dôsledkom ktorého vznikne trvalé zabránenie schopnosti oplodnenia. Ide o trvalé a nezvratné zabránenie schopnosti oplodnenia, čo znamená, že po tomto zákroku žena nemôže otehotnieť, nemôže porodiť dieťa. Sterilizáciu je možné vykonať:

1. operačným otvorením brušnej dutiny klasickým rezom – laparotómiou, resp. minilaparotómiou,
2. použitím prístrojov so zabudovanou optikou v brušnej dutine cez niekoľko malých rezov - laparoskopiou,
3. cez pošvu,
4. cez krčok maternice.

V súčasnosti sa v medicínskej praxi najčastejšie používa laparoskopický postup.

V medicínskej praxi sú dostupné alternatívne metódy antikoncepcie a plánovaného rodičovstva, ktorými sú hormonálna antikoncepcia, vnútro maternicová antikoncepcia, bariérová antikoncepcia alebo prirodzené metódy zabránenia počatia a následnej tehotnosti.

Hormonálna antikoncepcia je podávanie hormónov, ktoré bránia vytvoreniu alebo uvoľneniu vajíčka napr. tabletkami alebo krúžkom v pošve, náplasťou cez kožu, implantátom pod kožou a podobne. Vnútro maternicová antikoncepcia spočíva v zavedení telieska do dutiny maternice, ktoré bráni uhniezdzeniu vajíčka. Prirodzené metódy zabránenia počatiu a následnej tehotnosti spočívajú vo využívaní plodných a neplodných dní pri plánovaní súlož, radí sa sem aj sexuálna abstinencia a prerušovaná súlož. Pri bariérovej antikoncepcii sa používa napríklad kondóm, ktorý zabráni preniknutiu semena do maternice.

**b) Možných zmenách životných okolností, ktoré ma viedli k žiadosti o sterilizáciu**

V budúcnosti každého človeka môže dôjsť k rôznym i podstatným zmenám životných okolností, ktoré vedú ženu k žiadosti o sterilizáciu. Ide o úmrtie životného partnera, nájdenie nového životného partnera, rozvod, úmrtie dieťaťa, čo vedie človeka k zmene životných postojov a hodnôt aj v rozhodnutí o počatí dieťaťa a následnej tehotnosti.

**c) Medicínskych dôsledkoch sterilizácie ženy ako metódy, ktorej cieľom je nezvratné zabránenie plodnosti**

Chirurgicky vykonaná sterilizácia osoby je metóda nezvratného zabránenia plodnosti ženy. Dôsledkom sterilizácie je neplodnosť, teda trvalé zabránenie schopnosti oplodnenia. Dochádza k operačnému prerušeniu vajíčkovodov, ktoré slúžia na transport vajíčok z vaječníka do maternice a sú miestom oplodnenia (t.j. splynutia ženskej pohlavnej bunky – vajíčka s mužskou pohlavnou bunkou – spermiou), dôsledkom ktorého vznikne trvalé zabránenie schopnosti oplodnenia.

Ako každý operačný výkon aj sterilizácia môže mať komplikácie rôzneho stupňa závažnosti. Ide najmä o chirurgické komplikácie napr. krvácanie alebo vytvorenie krvnej zrazeniny, infekčné komplikácie alebo anesteziologické komplikácie. Medzi zriedkavé neskoré následky sterilizácie, ktoré vyplývajú najmä z nezvratnosti stavu, patria psychické problémy ženy.

**d) Možnom zlyhaní sterilizácie**

V bezprostrednom období po sterilizácii je potrebné počkať na zhojenie rán po sterilizácii. Zlyhanie sterilizácie laparoskopickým postupom sa môže prejaviť mimomaternicovou tehotnosťou.

Bola som poučená zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť.

Svojím podpisom potvrdzujem, že s vykonaním sterilizácie súhlasím. Taktiež súhlasím s použitím potrebných liekov, zdravotníckeho materiálu a krvi, ak to bude počas operačného výkonu potrebné.

Text informovaného súhlasu mi bol ošetrujúcim lekárom prečítaný.\*)

V ..... dňa ..... čas .....

.....  
podpis a odtlačok pečiatky lekára

.....  
podpis osoby, ktorá žiada o vykonanie sterilizácie  
(prípadne jej zákonného zástupcu)

\*) Celú vetu prečítať, ak osoba vie čítať a text informovaného súhlasu si sama prečítala.

**B. Vzor písomného informovaného súhlasu pred vykonaním sterilizácie muža**

Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:

.....

Meno a priezvisko osoby, ktorej sa má vykonať sterilizácia:

.....

Dátum narodenia osoby, ktorej sa má vykonať sterilizácia: .....

Svojím podpisom potvrdzujem, že som bol zrozumiteľne, podrobne, ohľaduplne a bez nátlaku poučený o podstate, charaktere a dôsledkoch operačného výkonu – sterilizácie a poučení som porozumel. Bol som tiež poučený o možnostiach voľby navrhovaných postupov.

Zároveň svojím podpisom potvrdzujem, že som bol počas lekárskeho vyšetrenia informovaný o

**a) Alternatívnych metódach antikoncepcie a plánovanom rodičovstve**

Vazektómia je operačné prerušenie semenovodov, ktoré slúžia na transport spermií počas ejakulácie, dôsledkom ktorého vznikne trvalé zabránenie schopnosti oplodnenia. Ide o trvalé a nezvratné zabránenie schopnosti oplodnenia, čo znamená, že po tomto zákroku muž nemôže splodiť dieťa. Dostupné sú alternatívne metódy antikoncepcie a plánovaného rodičovstva, ktorými sú prirodzené metódy zabránenia tehotnosti alebo bariérová antikoncepcia. Prirodzenými metódami zabránenia tehotnosti sú sexuálna abstinencia alebo prerušovaná súlož. Pri bariérovej antikoncepcii je to používanie kondómu.

**b) Možných zmenách životných okolností, ktoré ma viedli k žiadosti o sterilizáciu**

V budúcnosti každého človeka môže dôjsť k rôznym i podstatným zmenám životných okolností, ktoré vedú muža k žiadosti o sterilizáciu. Ide o úmrtie životnej partnerky, nájdenie novej životnej partnerky, rozvod, úmrtie dieťaťa, čo vedie človeka k prehodnoteniu životných postojov a hodnôt aj v rozhodnutí o počatí dieťaťa.

**c) Medicínskych dôsledkoch sterilizácie muža ako metódy, ktorej cieľom je nezvratné zabránenie plodnosti**

Vazektómia je operačný výkon, pri ktorom sa podviaže a odstráni časť ľavého aj pravého semenovodu a tak sa zabráni priechodnosti semenovodov pre spermie.

Dôsledkom vazektómie je neplodnosť, teda trvalé zabránenie schopnosti oplodnenia, pričom poklesne množstvo ejakulátu, v ktorom nie sú prítomné spermie. Keďže dochádza k operačnému prerušeniu semenovodov, ktoré slúžia na transport spermií počas ejakulácie, v budúcnosti ani prípadné chirurgické obnovenie priechodnosti semenovodov nemusí viesť k obnoveniu plodnosti muža.

Ako každý operačný výkon aj vazektómia môže mať komplikácie rôzneho stupňa závažnosti. Ide najmä o chirurgické komplikácie napr. krvácanie alebo vytvorenie krvnej zrazeniny, infekčné komplikácie, zápal semenníka alebo nadsemenníka, alebo anestéziologické komplikácie.

**d) Možnom zlyhaní sterilizácie**

V bezprostrednom období po vazektómii je potrebné mať chránený pohlavný styk, pretože odvodné semenné cesty sa musia zbaviť už vytvorených spermii. Zriedkavo aj po úspešnej sterilizácii môže aj po niekoľkých rokoch nastať spontánne obnovenie priechodnosti semenovodu a tým znovunadobudnutie schopnosti oplodnenia ženy. Výnimočne môže mať muž zdvojený semenovod, čo sa pri operácii nemusí zistiť a prejaví sa to prítomnosťou spermii v kontrolnom spermioграме. V takomto prípade je potrebná opakovaná operácia.

Bol som poučený zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť.

Svojím podpisom potvrdzujem, že s vykonaním sterilizácie súhlasím. Taktiež súhlasím s použitím potrebných liekov, zdravotníckeho materiálu a krvi, ak to bude počas operačného výkonu potrebné.

Text informovaného súhlasu mi bol ošetrujúcim lekárom prečítaný.\*)

V ..... dňa ..... čas .....

.....  
podpis a odtlačok pečiatky lekára

.....  
podpis osoby, ktorá žiada o vykonanie sterilizácie  
(prípadne jej zákonného zástupcu)

\*) Celú vetu prečiarknuť, ak osoba vie čítať a text informovaného súhlasu si sama prečítala.