Приложение
к Договору возмездного оказания медицинских услуг
с применением вспомогательных репродуктивных технологий
№_____ от __.__.20___ г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ ДОБРОВОЛЬНОЕ СОГЛАСИЕ
НА ПУНКЦИЮ ЯИЧКА
(в соответствии со ст.ст. 20, 22 Федерального закона от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)

Нижеуказанная информация предоставлена мне,
Пациенту_____,

в соответствии с положениями Приказа Министерства здравоохранения России № 803н от 31.07.2020 г. «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» перед подписанием мною Договора возмездного оказания медицинских услуг для принятия мною осознанного и добровольного решения о получении медицинских услуг с применением вспомогательных репродуктивных технологий. Подписанием настоящего информированного добровольного согласия я свидетельствую то, что Клиникой мне предоставлена информация, содержащаяся в Приказе Министерства здравоохранения России № 803н от 31.07.2020 г. «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению» и приложениях к нему, а также следующая информация, влияющая на мой осознанный выбор:

Вспомогательные репродуктивные технологии (далее – ВРТ) представляют собой методы лечения бесплодия, при применении которых отдельные или все этапы зачатия и раннего развития эмбрионов осуществляются вне материнского организма (в том числе с использованием донорских и (или) криоконсервированных половых клеток, тканей репродуктивных органов и эмбрионов, а также суррогатного материнства).

Пункция яичка является хирургическим способом получения сперматозоидов при наличии у Пациента обструктивной азооспермии или эякуляторной дисфункции, в том числе ретроградной эякуляции, как для осуществления процедуры экстракорпорального оплодотворения, а также в диагностических целях.

Извлечение сперматозоидов из яичка (TESE) проводят при помощи прокола мошонки и яичка. Полученный при пункции яичка участок ткани помещают в питательную среду и раздавливают, чтобы освободить незрелые и зрелые сперматозоиды. При непроходимости семявыносящих протоков производится микрохирургическая аспирация спермы из эпididимиса (MESA), для чего проникают в самый дальний участок придатка яичка, вскрывают его и отсасывают содержимое. Менее распространенным методом является проведение пункции яичка или его придатка при помощи разреза кожи мошонки и яичка для более результативного забора тканей (PTSA). Выбор способа получения сперматозоидов осуществляется врачом-урологом.

Пункция яичка является амбулаторной процедурой.

В связи с болезненностью процедуры пункция яичка производится с использованием анестезиологического пособия, выбор способа и метода которого осуществляется врачом-анестезиологом с учётом мнения лечащего врача и Пациента. Для целей правильного подбора метода анестезиологического пособия врачом-анестезиологом производится опрос и осмотр Пациента. При выполнении пункции яичка и придатка яичка применяется общий внутривенный наркоз. После применения обезболивания возможно наступление следующих осложнений, не являющихся дефектами медицинской услуги: головная боль, аллергическая реакция, анафилактический шок, артериальная гипотензия, дыхательная недостаточность, нарушение функции мочевого пузыря, вестибулярные нарушения, развитие синдрома компрессии полой вены, нестабильность гемодинамики, гипоксия с остановкой сердца, нарушение ритма сокращения сердца, снижение уровня артериального давления, появление чувства онемения, тяжести в ногах, дрожи, появление чувства нехватки воздуха, онемение языка, губ, токсическая реакция на местные анестетики, остановка дыхания, неврологические нарушения, озноб, кожный зуд, абсцесс в месте пункции, тошнота, рвота, головокружение. Кроме того, при применении общей анестезии также возможна аспирация желудочного содержимого, наступление рвоты и попадание рвотных масс в дыхательные пути.

Длительность процедуры пункции яичка – 2-3 минуты. В течение нескольких часов после процедуры Пациент должен находиться под наблюдением врача-анестезиолога, после чего может покинуть помещение Клиники. Рекомендуется организовать после пункции фолликулов сопровождение Пациента и воздержаться от самостоятельного вождения Пациентом автомобиля, употребления в течение ближайших суток острой, жирной пищи и алкогольных напитков. Указанные рекомендации связаны с применением при проведении пункции фолликулов анестезиологического пособия.

После проведения пункции яичка возможны ощущения дискомфорта, кровоизлияния в мошонку или яичко, которые обычно не требуют лечения и проходят самостоятельно в первые сутки после процедуры без применения лекарственной коррекции. При повышении в течение первых суток после пункции яичка температуры тела, резкой слабости, головокружения, учащенного сердцебиения, при потере сознания, резком снижении артериального давления, усилении болей внизу живота и в промежности или появлении обильного кровотечения необходимо срочно обратиться за медицинской помощью.

Все ткани, полученные при пункции яичка и придатка яичка, подвергаются криоконсервации для избежания повторных вмешательств при неудавшихся попытках оплодотворения.

Противопоказаниями для хирургического получения сперматозоидов являются острые инфекционные заболевания любой локализации.

При подписании договора возмездного оказания медицинских услуг с применением вспомогательных репродуктивных технологий Пациенту вышеуказанная информация разъяснена и понятна. Пациент осознаёт и соглашается с тем, что оказание медицинских услуг в объёме пункции яичка в рамках заключаемого с Клиникой договора возмездного оказания медицинских услуг без подписания настоящего информированного добровольного согласия невозможно.

Пациент получил полную информацию о видах вспомогательных репродуктивных технологий, принял решение получить медицинскую услугу в объёме пункции яичка на вышеуказанных условиях и доверяет врачу принимать необходимые решения и выполнять необходимые медицинские действия в ходе оказания услуги с целью достижения наилучшего результата.

_____ (_____) «___»_____ 20___ г.
подпись Пациента дата подписи

_____ (_____) «___»_____ 20___ г.
подпись врача дата подписи