

Warszawa, dnia \_\_\_\_\_ r.

## **ZGODA NA BADANIE NASIENIA**

**Ja, niżej podpisany** (*nazwisko i imię*) \_\_\_\_\_

**Adres:** \_\_\_\_\_

**PESEL:** \_\_\_\_\_

*W przypadku braku numeru PESEL:*

**Data urodzenia:** \_\_\_\_\_ **Nazwa i nr dokumentu tożsamości:** \_\_\_\_\_

### **niniejszym oświadczam, że:**

1. Jest mi wiadome, że badanie stanu nasienia męskiego polega na analizie liczby, koncentracji, żywotności, ruchliwości oraz morfologii plemników obecnych w ejakulacie. Dodatkowo oceniane są takie parametry nasienia jak kolor, upłynnienie, aglutynacja, pH. Badanie nasienia jest podstawowym elementem diagnostyki pary mającej problemy z poczęciem dziecka.
2. Rozumiem, że analiza nasienia wykonywana jest ręcznie przez embriologa/diagnostę laboratoryjnego lub przy pomocy oprogramowania komputerowego (CASA – computer assisted sperm analysis). Badanie M-SOME polega na szczegółowej ocenie morfologii (budowy) plemników pod powiększeniem 6600 razy (standardowa ocena odbywa się przy powiększeniu 400 razy). Badanie fragmentacji chromatyny (SCD - sperm chromatin dispersion) polega na ocenie stanu chromatyny (czyli materiału zawierającego DNA) plemników. Badanie HBA polega na ocenie zdolności zapładniającej plemników poprzez analizę ich wiązania z kwasem hialuronowym.
3. Zostałem poinformowany i przyjmuję, do wiadomości, że moje nasienie po wykonaniu badania zostanie zniszczone (poddane utylizacji zgodnie z obowiązującymi procedurami utylizacji materiału biologicznego)

### **Ponadto oświadczam, że:**

4. mam pełną zdolność do czynności prawnych,
5. zapoznałem się z aktualnym cennikiem usług przychodni FertiMedica Centrum Płodności, w tym m.in. z kosztami badania nasienia, które akceptuję, włączając fakt, że będę obciążony kosztami usług według cennika aktualnego na dzień wykonania danej usługi. Odpłatność za badanie jest należna także w sytuacji, jeśli ze względu na jakość lub ilość ejakulatu nie udało się uzyskać wyniku badania lub go przeprowadzić.

oraz dobrowolnie wyrażam zgodę na wykonanie następujących badań mojego nasienia (*proszę wybrać*):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> komputerowe rozszerzone badanie nasienia (CASA)     | <input type="checkbox"/> analiza seminologiczna przed IVF  |
| <input type="checkbox"/> badanie M-SOME                                      | <input type="checkbox"/> ocena skuteczności wazektomii   |
| <input type="checkbox"/> badanie fragmentacji chromatyny SCD                 | <input type="checkbox"/> posiew nasienia w kierunku bakterii tlenowych, beztlenowych oraz grzybów              |
| <input type="checkbox"/> test wiązania plemników z kwasem hialuronowym (HBA) | <input type="checkbox"/> badanie w kierunku Mycoplasma, Ureaplasma, Chlamydia ( <i>niepotrzebne skreślić</i> ) |

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r., nr 101, poz. 926, ze zm.) FertiMedica Centrum Płodności sp. z o.o. sp. komandytowa, ul. J.P. Woronicza 31 lok. 8U, 02-640 Warszawa, informuje, iż jest Administratorem Danych Osobowych podanych, bądź uzyskanych w celu świadczenia usług medycznych. Osoba objęta opieką ma prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich poprawiania. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do realizacji umowy na świadczenie usług medycznych.

\_\_\_\_\_  
(*podpis Pacjenta*)

Zgody i oświadczenia podpisano w ośrodku medycznie wspomaganey prokreacji – przychodni FertiMedica Centrum Płodności, rejestr podmiotów wykonujących działalność medyczną w woj. mazowieckim ks. nr 177787, należącej do FertiMedica Centrum Płodności Spółka z o.o. spółka komandytowa z siedzibą w Warszawie przy ul. Woronicza 31 lok. 8U, NIP: 951-236-73-75, KRS 462844.