

## POKYNY PRO LÉKAŘE ODESÍLAJÍCÍ PACIENTY NA ZAMRAŽENÍ REPRODUKČNÍCH BUNĚK PŘED ONKOLOGICKOU LÉČBOU

### I. Kryokonzervace spermatu

Zamražení spermatu je vhodné pro muže, kteří se potýkají se zdravotními problémy, především se chystají podstoupit gametotoxickou léčbu. Zamražené spermie je možné po úspěšném vyléčení využít k oplození a narození dítěte pomocí metod asistované reprodukce - nitroděložní inseminace (IUI) nebo mimotělního oplodnění (IVF).

1. Pacienta ke kryokonzervaci spermatu je nutné objednat na **tel č. 532 238 441** – andrologická laboratoř Centra asistované reprodukce, minimálně den dopředu

2. V den odběru si pacient s sebou donese **žádanku na kryokonzervaci spermatu z onkologického pracoviště.**

3. V době mražení spermatu je nutné mít **serologického vyšetření** (dle zákona 296/2008Sb. ve znění pozdějších předpisů) na:

- infekce HIV – anti-HIV 1, 2
- infekce HCV – anti-HCV
- infekce HBV – HBsAg a anti-HBc
- syfilis – anti-TP total (IgM + IgG)
- infekce HTLV I, II – anti-HTLV I, II (provádí se jen v odůvodněných případech u pacientů, kteří pocházejí, žijí, mají sexuální partnery či rodiče z oblastí s výskytem HTLV).

**Serologické vyšetření je nutné provést v laboratoři Transfúzního a tkáňového oddělení FN Brno.** Žádanka na vyšetření je níže. Výsledky nesmí být starší 7 dnů.

4. S sebou bude mít pacient vyplněnou a podepsanou „**Žádost o kryoprezervaci a skladování ejakulátu pro budoucí darování mezi partnery**“ včetně podepsání přílohy k informovanému souhlasu. [Na stažení zde.](#)

### II. Kryokonzervace oocytů, embryí, ovariální tkáně

V závislosti na zdravotním stavu pacientky volíme různé metody ochrany reprodukce. Patří mezi ně hormonální útlum vaječnicků, zamražení vajíček nebo embryí tzn. vajíček oplozených spermii partnera, či zamražení tkáně vaječnicků před zahájením onkologické léčby. V tomto případě je po úspěšném ukončení léčby možnost zpětné transplantace tkáně s návratem k normální funkci.

Objednání na konzultaci - tel.: 532 238 253 ambulance Centra asistované reprodukce.

**ŽADANKA O SÉROLOGICKÉ VYŠETŘENÍ ZNÁMEK KRVÍ PŘENOSNÝCH CHOROB**

Štítek pacienta	Jméno, příjmení, rodné číslo pojistěnce	Zdravotní pojišťovna:	Razítko
		Diagnóza:	
		Datum narození:	
		Pohlaví: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž	
Požaduje (ICP, telefon, adresa, NS):		Jméno lékaře:	
Dárce: <input type="checkbox"/> ALOGENNÍ <input type="checkbox"/> AUTOLOGNÍ		Naléhavost požadavku: <input type="checkbox"/> Rutinní <input type="checkbox"/> STATIM (do 3 hodin)	
tkáň/ tkáni: ..... <input type="checkbox"/> orgánu / ů <input type="checkbox"/> kmenových buněk <input type="checkbox"/> reprodukčních buněk			
<b>PŘÍJEMCE</b> kmenových buněk jméno, příjmení, rodné číslo		Zdravotní pojišťovna:	
		Diagnóza:	
<b>Materiál k vyšetření:</b> <input type="checkbox"/> periferní krev v EDTA <input type="checkbox"/> sérum / plazma <input type="checkbox"/> periferní krev srážlivá <input type="checkbox"/> jiný:		Datum a čas odběru vzorku:	Odběr provedl (podpis):
<b>Požadovaná vyšetření/ služby (zaškrtněte):</b> <input type="checkbox"/> HBsAg <input type="checkbox"/> anti - HCV <input type="checkbox"/> anti - HBc <input type="checkbox"/> syfilis - specifické protilátky <input type="checkbox"/> anti - HIV 1, 2 + p24 antigen <input type="checkbox"/> anti-HTLV I / II		<b>Vyplní TTO:</b> Datum a čas příjmu: Příjal:	