**Návrh**

**VYHLÁŠKA**

**Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky**

**z ..... 2013,**

**ktorou sa ustanovujú podrobnosti o poučení predchádzajúceho informovanému súhlasu pred vykonaním sterilizácie osoby a vzory informovaného súhlasu pred vykonaním sterilizácie osoby v štátnom jazyku a v jazykoch národnostných menšín**

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa §40 ods. 6 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. ..... /2013 Z. z. (ďalej len „zákon“) ustanovuje:

**§ 1**

1. Poučenie predchádzajúce informovanému súhlasu poskytované podľa § 40 ods. 3 zákona sa poskytne osobe v čase podania žiadosti o sterilizáciu a jeho poskytnutie predchádza informovanému súhlasu.
2. Vzor písomného informovaného súhlasu pred vykonaním sterilizácie osoby v štátnom jazyku je uvedený v prílohe č. 1.
3. Vzory písomného informovaného súhlasu pred vykonaním sterilizácie osoby v jazykoch národnostných menšín je uvedený v prílohe č. 2.

**§ 2**

Táto vyhláška nadobúda účinnosť 1. apríla 2013.

Príloha č. 1 k vyhláške č. ...

**A/Vzor písomného informovaného súhlasu pred vykonaním sterilizácie**

**ženy v štátnom jazyku**

Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:

.......................................................................................................................................................

Meno a priezvisko osoby, ktorej sa má vykonať sterilizácia:

.......................................................................................................................................................

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

Dolupodpísaná vlastnoručným podpisom potvrdzujem, že som bola zrozumiteľne a podrobne poučená o podstate a charaktere operačného výkonu – sterilizácie a poučeniu 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 (t.j. splynutia vajíčka s mužskou pohlavnou bunkou – spermiou), dôsledkom ktorého vznikne trvalé zabránenie schopnosti oplodnenia. Sterilizáciu je možné vykonať:

1. operačným otvorením brušnej dutiny klasickým rezom – laparotómiou resp. minilaparotómiou,
2. endoskopickým postupom - laparoskopiou,
3. cez pošvu,
4. cez krčok maternice.

V súčasnosti sa najčastejšie používa laparoskopický postup.

V medicínskej praxi sú dostupné alternatívne metódy antikoncepcie a plánovaného rodičovstva, ktorými sú hormonálna antikoncepcia, vnútromaternicová antikoncepcia, bariérová antikoncepcia alebo prirodzené formy zabránenia tehotnosti.

Hormonálna antikoncepcia je podávanie hormónov, ktoré bránia vytvoreniu vajíčka napr. tabletkami alebo krúžkom v pošve, náplasťou cez kožu, implantátom pod kožou a podpbne. Vnútromaternicová antikoncepcia spočíva v zavedení telieska do dutiny maternice, ktoré bráni uhniezdeniu vajíčka. Prirodzené formy zabránenia tehotnosti spočívajú vo využívaní plodných a neplodných dní pri plánovaní súlože, môžeme sem zaradiť aj pohlavnú abstinenciu a prerušovanú súlož. Pri bariérovej antikoncepcii sa používa napr. kondóm, ktorý zabráni preniknutie semena do maternice. V budúcnosti, ako dôsledok medicínskeho výskumu, môže dôjsť k objavu a zavedeniu do praxe nových metód mužskej antikoncepcie.

**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 teraz vedú ženu k žiadosti o sterilizáciu. Ide o úmrtie životného partnera, nájdenie nového životného partnera, rozvod, úmrtie detí čo vedie človeka k prehodnoteniu životných postojov a hodnôt.

**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 vajíčka s mužskou pohlavnou bunkou – spermiou), dôsledkom ktorého vznikne trvalé zabránenie schopnosti oplodnenia.

Ako každý operačný výkon aj sterilizácia môže mať v určitom nízkom percente prípadov komplikácie rôzneho stupňa závažnosti. Ide najmä o komplikácie chirurgické napr. krvácanie alebo vytvorenie krvnej zrazeniny, infekčné alebo anesteziologické. 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 laparoskopickej sterilizácie sa môže prejaviť extrauterinnou tehotnosťou.

Poučenie mi bolo poskytnuté 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.

V .............................................. dňa ........................... čas ............................

....................................................... ...............................................................

podpis a odtlačok pečiatky lekára podpis osoby, ktorá žiada o sterilizáciu

(prípadne jej zákonného zástupcu)

**B/Vzor písomného informovaného súhlasu pred vykonaním sterilizácie**

**muža v štátnom jazyku**

Názov a adresa poskytovateľa zdravotnej starostlivosti:

.......................................................................................................................................................

Meno a priezvisko osoby, ktorej sa má vykonať sterilizácia:

.......................................................................................................................................................

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

Dolupodpísaný vlastnoručným podpisom potvrdzujem, že som bol zrozumiteľne a podrobne poučený o podstate a charaktere operačného výkonu – sterilizácie a poučeniu 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. Dostupné sú alternatívne metódy antikoncepcie a plánovaného rodičovstva, ktorými sú prirodzené formy zabránenia tehotnosti alebo bariérová antikoncepcia. Prirodzenými formami zabránenia tehotnosti sú pohlavná abstinencia alebo prerušovaná súlož. Pri bariérovej antikoncepcii je to používanie kondómu. V budúcnosti, ako dôsledok medicínskeho výskumu, môže dôjsť k objavu a zavedeniu do praxe nových metód mužskej antikoncepcie.

**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 teraz vedú muža k žiadosti o sterilizáciu. Ide o úmrtie životnej partnerky, nájdenie novej životnej partnerky, rozvod, úmrtie detí čo vedie človeka k prehodnoteniu životných postojov a hodnôt.

**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 v určitom nízkom percente prípadov komplikácie rôzneho stupňa závažnosti. Ide najmä o komplikácie chirurgické napr. krvácanie alebo vytvorenie krvnej zrazeniny, infekčné, zápal semenníka alebo nadsemenníka, alebo anesteziologické.

**d) Možnom zlyhaní sterilizácie**

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

Poučenie mi bolo poskytnuté 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.

V .............................................. dňa ........................... čas ............................

....................................................... ...............................................................

podpis a odtlačok pečiatky lekára podpis osoby, ktorá žiada o sterilizáciu

(prípadne jej zákonného zástupcu)

Príloha č. 2 k vyhláške č. ...

**Vzory písomného informovaného súhlasu pred vykonaním sterilizácie**

**osoby v jazykoch národnostných menšín**