Έγγραφη ενημέρωση-συγκατάθεση γυναικών που πρόκειται να υποβληθούν σε θεραπεία ιατρικώς υποβοηθούμενης αναπαραγωγής την περίοδο της πανδημίας του **COVID-**19

Η ...................................................................................................................................................................... του ........................................., με ΑΔΤ ……….............................., ημ/νία γεννήσεως ...........................................

Κάτοικος ................................................................................................................................................................

Τηλ. ………………………………..…………………….. e-mail ……………………………………………..………………………………...

Δηλώνω ενυπόγραφα ότι έλαβα από τη Μ.Ι.Υ.Α. πλήρη και εμπεριστατωμένη ενημέρωση σχετικά με τους κινδύνους που σχετίζονται με τη νόσο COVID-19 καθώς και τα πρόσθετα μέτρα που λαμβάνονται από τη Μ.Ι.Υ.Α. για την προστασία των γυναικών που ακολουθούν θεραπεία υπογονιμότητας για όσο διάστημα θα ισχύουν τα μέτρα για την αντιμετώπιση της πανδημίας Covid-19. Πιο συγκεκριμένα:

* ενημερώθηκα ότι ο COVID-19 προκαλεί αναπνευστική νόσο, η οποία μπορεί να μεταδοθεί από άνθρωπο σε άνθρωπο, συνήθως κατόπιν στενής επαφής με ασθενή μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον, στο χώρο εργασίας ή σε χώρο παροχής φροντίδας υγείας, μέσω σταγονιδίων τα οποία παράγονται όταν ο ασθενής βήχει ή φτερνίζεται ή μέσω σταγονιδίων από τη σίελο ή από τη ρινική κοιλότητα. Η περίοδος επώασης στην περίπτωση του COVID-19 μπορεί να διαρκέσει από 2 ως 14 μέρες και ένα μολυσμένο άτομο μπορεί να είναι ασυμπτωματικό ή να παρουσιάσει τα ελαφρά συμπτώματα ενός κοινού κρυολογήματος μέχρι υψηλό πυρετό, ρίγη, βήχα, πονοκέφαλο, κούραση, δυσφορία και δυσκολία στην αναπνοή.
* για την αποφυγή μετάδοσης είναι πολύ σημαντική η εφαρμογή μέτρων ατομικής υγιεινής και προστασίας. Για παράδειγμα, το στόμα και η μύτη πρέπει να καλύπτεται με ιατρική μάσκα, μαντήλι, το μανίκι ή το λυγισμένο αγκώνα όταν βήχουμε ή φτερνιζόμαστε και το μαντήλι πρέπει να απορρίπτεται σε κλειστό κάδο. Τα χέρια πρέπει να πλένονται τακτικά με σαπούνι και νερό ή με αλκοολούχο διάλυμα. Διατηρούμε αποστάσεις, τουλάχιστον 2 μέτρων, ιδιαίτερα από ανθρώπους που βήχουν, φτερνίζονται ή έχουν πυρετό. Αποφεύγουμε να αγγίζουμε τη μύτη, το στόμα και τα μάτια μας. Τα χέρια αγγίζουν πολλές επιφάνειες που μπορεί να είναι μολυσμένες με τον ιό και μπορεί να μεταφέρουμε τον ιό από την επιφάνεια στον εαυτό μας. Εάν έχουμε πυρετό, βήχα ή δυσκολία στην αναπνοή, αναζητούμε άμεσα ιατρική βοήθεια.
* οι έγκυες γυναίκες δεν ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου για τον COVID-19. Τα υπάρχοντα δεδομένα της επίπτωσης της νόσου COVID-19 στην κύηση, αν και γενικά είναι καθησυχαστικά από τα μέχρι στιγμής δεδομένα τόσο για την έγκυο όσο και για το νεογνό, θεωρούνται ακόμα περιορισμένα και δεν μπορεί να αποκλεισθεί κάποια πιθανή δυσμενής επίπτωση. Το ίδιο ισχύει για πιθανή δυσμενή επίπτωση στο έμβρυο.

Επίσης, η αντιμετώπιση της σοβαρής νόσου COVID-19 (πνευμονία, εισαγωγή σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας κ.λπ.) κατά την διάρκεια της κύησης μπορεί να έχει δυσμενείς επιπτώσεις στην έκβασή της.

* πριν την έναρξη της λήψης φαρμάκων για την πρόκληση ωοθυλακιορρηξίας θα πρέπει να συμπληρώσω το ερωτηματολόγιο που μου δόθηκε από τη Μ.Ι.Υ.Α. και να θερμομετρηθώ. Σε περίπτωση ενδείξεων από το ερωτηματολόγιο ή/και αυξημένη θερμοκρασία πρέπει να γίνεται έλεγχος για τον ιό και επικοινωνία με το γιατρό πριν την έναρξη της θεραπείας.
* υπάρχει πιθανότητα να υπάρχει λοίμωξη COVID-19 χωρίς συμπτώματα. Ο μόνος τρόπος διάγνωσης είναι με μοριακό έλεγχο για ανίχνευση του ιού SARS-CoV-2 με RT-PCR σε ρινοφαρυγγικό ή στοματοφαρυγγικό επίχρισμα. Υπάρχει σύσταση για μοριακό έλεγχο πριν την έναρξη της πρόκλησης ωοθυλακιορρηξίας.
* η θεραπεία θα διακοπεί εάν είμαι συμπτωματική ή θετική στο SARS-CoV-2 κατά τη διάρκεια της πρόκλησης ωοθυλακιορρηξίας.
* θα πραγματοποιείται **υποχρεωτικά** μοριακός έλεγχος στην ασθενή για ανίχνευση του ιού SARS-CoV-2 με RT-PCR, σε ρινοφαρυγγικό ή στοματοφαρυγγικό επίχρισμα, με το αποτέλεσμα της εξέτασης κατά το μέγιστο έως και δύο ημέρες πριν από τη χορήγηση της χοριακής γοναδοτροπίνης (ή αντίστοιχης φαρμακευτικής ουσίας) καιθα συμπληρώνεται εκ νέου το ερωτηματολόγιο.Αν διαπιστωθεί λοίμωξη από τον ιό SARS-CoV-2, δεν θα γίνει η χορήγηση της χοριακής γοναδοτροπίνης (ή της αντίστοιχης φαρμακευτικής ουσίας) και θα ακυρωθεί η ωοληψία.
* στις περιπτώσεις που δεν είναι αποκλειστικά για κρυοσυντήρηση και υπάρχει υποψία επιμόλυνσης από τον ιό στο χρονικό διάστημα μεταξύ της ωοληψίας και της εμβρυομεταφοράς, τα έμβρυα θα καταψύχονται και η εμβρυομεταφορά θα πραγματοποιείται σε μεταγενέστερο χρόνο.
* στη Μ.Ι.Υ.Α. θα λαμβάνονται όλα τα προφυλακτικά μέτρα που έχουν οριστεί και θα γίνεται θερμομέτρηση.
* καθ’ όλη τη διάρκεια της υποβοηθούμενης αναπαραγωγής πρέπει να ακολουθούνται σχολαστικά οι οδηγίες των ειδικών, να γίνεται θερμομέτρηση και να εφαρμόζεται κοινωνική αποστασιοποίηση (περιορισμένη κοινωνική ζωή και αλληλεπιδράσεις).
* η επικοινωνία μου με τη Μ.Ι.Υ.Α. καθώς και η υποβολή των διαφόρων συγκαταθέσεων θα πραγματοποιείται όσο το δυνατόν περισσότερο με τηλεφωνικό και ηλεκτρονικό τρόπο.
* θα πρέπει να ενημερώνω τη μονάδα, για οποιοδήποτε ένδειξη μόλυνσης από τον ιό SARS-CoV-2, για το χρονικό διάστημα των δεκατεσσάρων ημερών (14) που ακολουθούν τη θεραπεία.
* έχω τη δυνατότητα να αναβάλλω την αγωγή/προσπάθειά μου, αν το θελήσω.

**Η δηλούσα** ……………………………………...…………………………………………………………………..………………..…………

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ**: ……………………………..………..