

### **Vorbereitung und Ablauf der Stimulation für eine Insemination bei fertisuisse**

Anmeldung der IUI am Beginn des Zyklus via **Zuweisportal auf [www.fertisuisse.ch](http://www.fertisuisse.ch)**.

Checkliste beachten.

**Bei mehr als zwei Follikel > 14mm: fertisuisse Tagesarzt telefonisch (079 552 05 31) vor 13:00 informieren.**

#### **Stimulation mit Letrozol®:**

Anmerkung: Die Patientin muss vor Beginn der Therapie über den off label Gebrauch von Letrozol® informiert werden.

Ovulationsinduktion mit Ovitrelle® ab einem Durchmesser des Leitfollikels  $\geq 20$  mm.

**Bei absehbarer Ovulationsinduktion: Info fertisuisse vor 13:00 mit US Befund via Zuweisportal.**

fertisuisse legt die Termine für Spermienabgabe und IUI fest und informiert die Patientin. Die Spermienabgabe erfolgt mindestens 2 Stunden vor der IUI.

#### **Stimulation mit niedrig dosierten Gonadotropinen (zB Ovaleap®, Gonal F®):**

Spätestens 8.-10. Zyklustag: Ultraschall (Anzahl Follikel  $\geq 12$  mm und Grösse des/der Leitfollikel pro Ovar) und Blutentnahme (Estradiol, Progesteron, LH)

Ovulationsinduktion mit Ovitrelle® bei LF  $\geq 18$  mm.

**Bei absehbarer Ovulationsinduktion: Info fertisuisse vor 13:00 mit US Befund via Zuweisportal.**

fertisuisse legt den Zeitpunkt der Ovulationsinduktion und Termine für Spermienabgabe und IUI fest und informiert die Patientin. Die Spermienabgabe erfolgt mindestens 2 Stunden vor der IUI.

#### **Wichtige Informationen**

fertisuisse patient services: Im Patientenportal von [www.fertisuisse.ch](http://www.fertisuisse.ch) gibt es kurze Erklärvideos (Spritzenschule) und Flyer zum Ablauf einer IUI.

Im Zeitraum von zwei bis fünf Tagen vor der Abgabe der Samenzellen sollte der Partner idealerweise keinen Samenerguss haben.

Die Patientin sollte mit voller Blase zur IUI kommen. Das klappt am besten, wenn sie eine Stunde vor dem Termin Wasser löst und danach einen halben Liter Wasser trinkt.

Empfohlener Lutealphasensupport: Täglich Utrogestan® 200 mg vaginal für 12 Tage und Choriomon® 1000 Einheiten 3, 6 und 9 Tage nach Ovulationsinduktion. Wenn nicht anders besprochen, erhält die Patientin am Tag der IUI einen Behandlungsplan, die Medikamente und Instruktionen von fertisuisse. Bei Bedarf/Wunsch kann eine Ovulationskontrolle einige Tage nach der IUI beim Zuweisenden stattfinden. Der Termin wird vom Zuweisenden vergeben.

Schwangerschaftstest beim Zuweisenden ca. 2 Wochen nach der IUI. Der Termin wird vom Zuweisenden vergeben. Ein Schwangerschaftstest im Urin ist nicht empfohlen, da während der Lutealphase HCG verabreicht wird.

### Einverständniserklärung vor der Durchführung einer intrauterinen Insemination

Hiermit erklären wir, die Unterzeichnenden, \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_, uns damit einverstanden, dass aufgrund der bei uns vorliegenden ungewollten Kinderlosigkeit eine Behandlung mit einem medizinischen Verfahren der unterstützten Fortpflanzung durchgeführt wird. Entsprechend dem Bundesgesetz, welches diese medizinische Massnahme regelt, wurde mit uns Folgendes besprochen:

- Ursachen unserer ungewollten Kinderlosigkeit
- Alternativen zur geplanten medizinischen Behandlung
- Ablaufes der bei uns geplanten Behandlung
- Mögliche körperliche und seelische Belastungen
- Mögliche Risiken in Zusammenhang mit der Behandlung
  - Mehrlingsschwangerschaft
  - Schwangerschaft ausserhalb der Gebärmutterhöhle
  - Überstimulationssyndrom, Stieldrehung des Eierstockes
  - Verletzung von Nachbarorganen, Infektion, Nachblutungen (im Falle einer Follikelreduktion)
- Angebot einer psychologischen Betreuung
- Möglichkeit einer alternativen Zweitberatung

Wir bestätigen hiermit, dass uns nach dem Aufklärungsgespräch ausreichend Zeit für unsere Entscheidungsfindung gelassen wurde.

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

Unterschriften  
beider Partner

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Klinik/Praxis:

Name/Stempel/Unterschrift der Ärztin/des Arztes: \_\_\_\_\_

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

**Betrifft: Erteilung einer Kostengutsprache für ovarielle Stimulationen mit Ovulationsinduktion und Inseminationstherapien**

Patientenpaar:

\_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, geboren am \_\_\_\_\_

wohnhaft in: \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Vertrauensärztin, sehr geehrter Vertrauensarzt

Primäre/Sekundäre Infertilität seit: \_\_\_\_\_

Ursache(n): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wir bitten Sie uns mitzuteilen, ob die Kosten von 6-12 hormonellen Stimulationen mit Gonadotropinen einschliesslich der notwendigen Hormon- und Ultraschalluntersuchungen sowie von drei Inseminationen übernommen werden.

Medikamente zur Stimulation, Ovulationsinduktion und Lutealphasenunterstützung (bitte ankreuzen):

Ovaleap®		Ovitrelle®	
Gonal F®		Utrogestan® 200mg	
Puregon®		Choriomon®	
Merional®			
Menopur®			

Mit freundlichen Grüssen

Sehr geehrte Frau

Bei Ihnen ist eine Behandlung mit Letrozol® geplant um einen Eisprung auszulösen. Dieses Medikament unterstützt die Eizellreifung. Letrozol® ist in der Schweiz zugelassen, aber nicht für die Indikation der Eizellreifung in den Eierstöcken. D.h. dieses Medikament wird in Ihrem Fall für einen anderen Zweck verwendet. Dies wird als „off label“ Behandlung bezeichnet.

Die vorgeschlagene Therapie erfolgt aber im Einklang mit internationalen Empfehlungen, welche besagen, dass diese Therapie in gewissen Situationen vorteilhaft ist im Vergleich mit alternativen Therapieformen (Clomiphencitrat oder Stimulation mit Gonadotropinen). Die Kosten dieses Medikaments werden nicht von der Krankenkasse getragen.

Hiermit bestätige ich, dass ich verstanden habe, dass mit Letrozol® ein Medikament verabreicht wird, welches im Sinne einer „Off-label“- Therapie angewendet wird.

Im direkten Gespräch wurde ich über die Risiken für mich als Patientin und die potentiellen Risiken für das zu zeugende Kind informiert. Diese gelten als niedriger (oder vergleichbar) mit den Risiken einer Therapie mit Clomiphencitrat.

Unterschrift der Patientin: \_\_\_\_\_

Ort und Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Arzt/Ärztin: \_\_\_\_\_

Ort und Datum: \_\_\_\_\_