



Ústav patologie a molekulární medicíny 3. LF UK a TN

Laboratoř molekulární genetiky

Vídeňská 800, 140 59 Praha 4 – Krč, tel.: 26108 2413

Mail: milada.matejkova@ftn.cz

INFORMOVANÝ SOUHLAS S GENETICKÝM LABORATORNÍM VYŠETŘENÍM

Jméno vyšetřované/ho:

Rodné číslo/pohlaví:

Definice: V molekulární diagnostice se jedná o vyšetření DNA (deoxyribonukleové kyseliny), která je základem dědičné informace. Po molekulárně genetickém vyšetření bude DNA uchována na Ústavu patologie a molekulární medicíny 3. LF UK a TN, kde v případě potřeby může být doplněno vyšetření v závislosti na pokroku v diagnostice. Vždy však budete před dalším vyšetřením poučen/a a vyšetření budou provedena až s Vaším aktuálním souhlasem. Výsledek genetického laboratorního vyšetření může potvrdit klinickou diagnózu na molekulární úrovni, může objasnit typ dědičnosti vyšetřovaného onemocnění a doporučit u vybraných příbuzných vyšetřované/ho preventivní genetické vyšetření, případně umožní v rodině prenatální nebo preimplantační genetické vyšetření.

Cíl a důvod vyšetření:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ověření/potvrzení diagnózy nemoci | <input type="checkbox"/> Zjištění predispozice pro nemoc |
| <input type="checkbox"/> Zjištění přenašečství pro nemoc | <input type="checkbox"/> Jiné: |

Účel molekulárně genetického vyšetření:

- Diagnostické vyšetření pro chorobu:
.....
- Jiné:

Odběr biologického materiálu:

- žilní krev stěr buňkami sliznice tkáň jiný

Datum:

Jméno lékaře: Podpis lékaře:

VYŠETŘOVANÝ/Á / ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE:

1. Přečtěte si laskavě pozorně text tohoto souhlasu.
2. Pokud jste plně nerozuměli lékařovu vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte se lékaře znovu zeptat.
3. Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište jej.

Já, vyšetřovaný/á / zákonný zástupce prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a včas informován/a o navrhovaném vyšetření uvedeném výše, byl/a jsem též informován/a o možných rizicích tohoto výkonu. Měl/a jsem možnost klást lékaři doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny. Své rozhodnutí činím po pečlivé úvaze a po posouzení všech rozhodujících skutečností.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím: s provedením vyznačeného genetického testu/vyznačených genetických testů.



Ústav patologie a molekulární medicíny 3. LF UK a TN

Laboratoř molekulární genetiky

Vídeňská 800, 140 59 Praha 4 – Krč, tel.: 26108 2413

Mail: milada.matejkova@ftn.cz

Souhlasím/nesouhlasím s uchováním vyšetřované DNA v Laboratoři molekulární genetiky Ústavu patologie a molekulární medicíny 3. LF UK a TN pro účely dalšího vyšetřování v závislosti na pokroku ve výzkumu a v zájmu ostatních členů rodiny.

Souhlasím/nesouhlasím s anonymním využitím vyšetřované DNA k lékařskému výzkumu a zveřejněním získaných výsledků v odborných publikacích.

*nehodící se škrtněte

Datum:

Podpis vyšetřované/ho/zákonného zástupce:

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:.....

Datum narození:.....

Vztah k pacientovi:.....

razítko