

INFORMOVANÝ SOUHLAS S MOLEKULÁRNĚ GENETICKÝM LABORATORNÍM VYŠETŘENÍM METODOU MASIVNÍHO PARALELNÍHO SEKVENOVÁNÍ (MPS)

Jméno vyšetřované/ho:

Rodné číslo:

štítek

Typ genetického laboratorního vyšetření:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hereditární nádorové syndromy | <input type="checkbox"/> CMT (MPS, MLPA) |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie a epileptické syndromy (MPS, array CGH) | <input type="checkbox"/> Familiární hypercholesterolémie |
| <input type="checkbox"/> Rasopatie | <input type="checkbox"/> WES (nejlépe trio, +HPO term) |
| <input type="checkbox"/> DMD/BMD (MPS, MLPA) | <input type="checkbox"/> Idiopatická plicní fibróza |
| <input type="checkbox"/> CADASIL | <input type="checkbox"/> Vzácné choroby:..... |
| <input type="checkbox"/> Marfanův syndrom (MPS, MLPA) | <input type="checkbox"/> Prediktivní test známé familiární mutace:..... |

Povaha výkonu: Odběr biologického materiálu (periferní žilní krev 5 – 10ml). Alternativy výkonu neexistují.

Příprava před výkonem: Není nutná žádná příprava před výkonem.

Průběh výkonu: Sestra / lékař Vám zatáhne horní končetinu Esmarchovým obinadlem („škrtidlem“), najde vhodné místo pro odběr, poté dezinfikuje místo vpichu a pomocí odběrové jehly odebere krev do zkumavky. Po odběru uvolní „škrtidlo“ a přiloží na místo vpichu čtvereček ke kompresi vpichu a poté se místo přelepí náplastí.

Možná rizika: Při odběru krve z žíly může dojít k jejímu poranění s následným vytvořením krevní podlitiny v místě odběru, dále mírná a dočasná bolestivost v místě vpichu.

Datum:

Jméno lékaře: **Podpis lékaře:**

VYŠETŘOVANÝ/Á / ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE:

1. Přečtete 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 povaze lékařského výkonu / lékařského postupu uvedeného 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.

1. Přejí si.

abych s výsledky genetického laboratorního vyšetření byl/a nebyl/a seznámen/a
abych s výsledky náhodných nálezů byl/a nebyl/a seznámen/a
aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:

2. Rozhodl/a jsem se, že se vzorkem bude po ukončení testování naloženo takto:

Pokud to bude možné, bude můj vzorek/vzorky bezplatně skladován/y pro další analýzu provedenou k mému prospěchu a prospěchu mé rodiny, ale vždy budu před dalším vyšetřením poučen/a a nově navrhovaná genetická laboratorní vyšetření budou provedena až s mým aktuálním informovaným souhlasem. ANO NE

Můj vzorek/vzorky bude po provedení genetického laboratorního vyšetření uschován pouze po dobu nezbytně nutnou k ověření výsledků a pak bude zlikvidován s tím rizikem, že pro další genetické testování bude nutný nový odběr materiálu. ANO NE

Jestliže bude můj vzorek skladován, souhlasím s jeho anonymním využitím při kontrole kvality DNA diagnostiky. ANO NE

Jiné:

3. Souhlasím:

S anonymním využitím vzorku k biomedicínskému výzkumu: ANO NE

S využitím výsledků genetického laboratorního vyšetření a relevantních informací o mém zdravotním stavu, včetně fotodokumentace, k vědeckým a výukovým účelům za podmínky, že tyto údaje budou prezentovány a publikovány pouze v anonymní formě: ANO NE

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s odběrem příslušného vzorku z mého těla a s provedením výše popsaného genetického laboratorního vyšetření s podmínkami, jak jsou uvedeny výše. Jsem si vědom/a, že svůj souhlas mohu kdykoli odvolat.

Datum: **Podpis vyšetřované/ho:**

Jméno a podpis zákonného zástupce :