

OLG LABORATOŘ INFORMOVANÝ SOUHLAS S GENETICKÝM LABORATORNÍM VYŠETŘENÍM

Jméno vyšetřované/ho:

Rodné číslo:

Jméno zákonného zástupce (Rodné číslo):

Vztah k vyšetřované/mu:

štítek

Cíl a důvod vyšetření:

- | | |
|--|--|
| ☐ Ověření/potvrzení diagnózy nemoci | ☐ Zjištění predispozice pro nemoc |
| ☐ Zjištění přenašečství pro nemoc | ☐ Jiné: |

Typ genetického laboratorního vyšetření:

- | | |
|---|---|
| ☐ Array CGH | ☐ Alfa 1 antitrypsin |
| ☐ Spinální muskulární atrofie (SMA) | ☐ Gilbertův syndrom |
| ☐ Syndrom fragilního X (FRAX) | ☐ HNPP/CMT |
| ☐ Cystická fibróza (CFTR) | ☐ Hereditární nádory |
| ☐ GJB2 | ☐ Neurofibromatóza |
| ☐ Hemochromatóza | ☐ Tuberózní skleróza |
| ☐ SERPINA1 | ☐ Hereditární pankreatitidy |
| ☐ SLOS | ☐ Idiopatická plicní fibróza |
| ☐ Metachromatická leukodystrofie | ☐ Epilepsie a epileptické syndromy |
| ☐ Wilsonova choroba | ☐ Rasopatie |
| ☐ Poruchy pojiva | ☐ DMD/BMD |
| ☐ TM (trombofilní mutace) | ☐ CADASIL |
| ☐ Celiakie | ☐ Familiární hypercholesterolémie |
| ☐ Laktózová intolerance | ☐ WES (exom) |
| ☐ Morbus Bechtěrev | ☐ ZCA |
| ☐ TPMT | ☐ Karyotyp |
| ☐ TOLLIP gen rs3750920 | ☐ FISH |
| ☐ Prediktivní test známé familiární mutace SNV | |
| ☐ Prediktivní test známé familiární mutace CNV | |
| ☐ Vzácné choroby:..... | |
| ☐ Jiné | |

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 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. Přeji 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 genetických vyšetření / nebo náhodných nálezů byly informovány následující osoby:
.....

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

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

Pokud jste odpověděli NE:

Pokud to bude možné, bude můj vzorek/vzorky **bezplatně** skladován/y po dobu 5 let 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

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

☐ ANO ☐ NE

Souhlasím anonymním využitím vzorku k biomedicínskému výzkumu:

☐ ANO ☐ NE

3. Souhlasím:

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

Že mohu být kontaktován na adrese uvedené ve zdravotnické dokumentaci za účelem souhlasu k využití mého biologického materiálu v konkrétním výzkumném projektu

☐ 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 vyšetřovaného/ho:**

Podpis zákonného zástupce :