

ŽÁDANKA O MOLEKULÁRNĚ GENETICKÉ VYŠETŘENÍ GERMINÁLNÍCH MUTACÍ

Jméno a příjmení pacienta	Indikující lékař
Rodné číslo/pohlaví	IČP
Pojišťovna	Odbornost
Diagnóza a číselný kód dle MKN	Oddělení

Druh primárního vzorku:

Datum odběru:

Čas odběru primárního vzorku:

Indikované vyšetření:

- genotyp ApoE ($\epsilon 2$, $\epsilon 3$, $\epsilon 4$)
- vyšetření mutací neurodegenerativních genů
 - PRNP
 - TARDBP
 - APP
 - PSEN2
 - SOD
 - NGS
 - MAPT
 - GRN
 - PSEN1
 - FTL
 - expanze GGGGCC v genu C9orf72)
- mutace G20210A v genu pro protrombin (FII)
- Leidenská mutace G1691A v genu pro FV
- mutace C282Y, H63D v genu pro hereditární hemochromatózu
- deficit alfa1-AT – gen SERPINA1 (Pi – alely S a Z)
- vyšetření mutací genu DPYD

- jiné:

Datum:

podpis, razítko

Materiál:

Periferní krev: 2 - 5ml krve odebrané do zkumavky s fialovým víčkem (K3EDTA). Odebraná krev se uchovává v lednici při teplotě 2-8°C.

Příjem materiálu:

Ústav patologie a molekulární medicíny 3. LF UK a FTN, pavilon H-1. patro (po-pá 6-13 hodin)

**INFORMOVANÝ SOUHLAS S GENETICKÝM
LABORATORNÍM VYŠETŘENÍM**

Štítek pacienta

PROHLÁŠENÍ LÉKAŘE:

Prohlašuji, že jsem vyšetřované/mu (zákonnému zástupci) jasně a srozumitelně vysvětlil/a účel, povahu, předpokládaný prospěch, následky i možná rizika výše uvedeného genetického laboratorního vyšetření. Rovněž jsem vyšetřovanou osobu seznámil/a s možnými výsledky a s důsledky toho, že by vyšetření nebylo možno za výše uvedeným účelem provést (nezdařilo by se) nebo by nemělo potřebnou vypovídací schopnost pro naplnění sledovaného účelu. Seznámil/a jsem vyšetřovanou osobu (zákonného zástupce) i s možnými riziky a důsledky v případě odmítnutí tohoto vyšetření. Výsledky laboratorního vyšetření budou důvěrné a nebudou bez souhlasu vyšetřované osoby/zákonného zástupce sdělovány třetí straně, pokud platné právní předpisy neurčují jinak.

Jméno lékaře: Podpis:

Dne.....

VYŠETŘOVANÝ/Á / ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE:

Přečtete si laskavě pozorně text tohoto souhlasu. Pokud jste plně nerozuměli lékařovu vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte se lékaře znovu zeptat. 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.

Souhlasím/nesouhlasím* s uchováním vyšetřované DNA v Laboratoři molekulární genetiky Ústavu patologie a molekulární medicíny 3. LF UK a FTN 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

Podpis vyšetřované/ho/zákonného zástupce:

Datum:

Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení:

RČ/ID:

Vztah k pacientovi: