

**ŽÁDANKA NA PRENATÁLNÍ A POSTNATÁLNÍ
 CYTOGENETICKÉ A MOLEKULÁRNĚ
 - GENETICKÉ VYŠETŘENÍ**

Informace o pacientovi		Žadatel/odesílající lékař	
Jméno a příjmení		Jméno lékaře	
Rodné č./číslo pojištěnce		Odbornost	
Adresa		Razítko a podpis (adresa, IČP)	
Kód pojišťovny		Pohlaví: M Ž	
Diagnóza			
Datum a čas odběru			
Datum a čas příjmu			

Prosím pozor, nutno vyplnit!

Vyplní lékař: **Vyplněný a podepsaný informovaný souhlas je součástí žádanky.**
 Informovaný souhlas je založen v lékařské dokumentaci pacienta.

Materiál

¹**Periferní krev** (5-7 ml periferní krve; u dětí 2-2,5 ml periferní krve do S-Monovette Li-Heparin LH/7,5 ml/2,6 ml)
 ²**Plodová voda** (2x 10-15 ml do sterilních zkumavek PP 15 ml)
 ³**Pupečníková krev** (3 ml periferní krve v heparinu)
 ⁴**Vzorek tkáně z choriových klků** (tkáň odebraná za sterilních podmínek do zkumavky s fyziologickým roztokem)
 ⁵**Vzorek tkáně z potráceného plodu** (tkáň odebraná za sterilních podmínek do zkumavky s fyziologickým roztokem)
 ⁶**Periferní krev** (5-10 ml periferní krve do EDTA)

Odběr plodové vody, pupečníkové krve, tkáně z choriových klků, tkáně z potráceného plodu:

Týden gravidity dle UZ:.....

Pohlaví plodu dle UZ:
 ♂ ♀ nelze stanovit

Postnatální cytogenetické vyšetření

¹Stanovení karyotypu z periferní krve
 ¹Cytogenetická analýza periferních lymfocytů (CAPL)
 ⁶Array CGH

Prenatální cytogenetické vyšetření

²Stanovení karyotypu z plodové vody ³Stanovení karyotypu z pupečníkové krve
 ⁴Stanovení karyotypu z tkáně choriových klků ⁵Stanovení karyotypu z tkáně potráceného plodu
 ²Vyšetření buněk plodové vody metodou FISH na stanovení aneuploidii chromozomů:
 13 18 21 X Y

Molekulárně-genetické vyšetření

^{2,3,4,5}Vyšetření aneuploidii metodou QF-PCR: 13, 18, 21 21 X, Y

Důvod vyšetření:

Souhlas vyšetřované/ho (zákonného zástupce) s cytogenetickým a molekulárně-genetickým laboratorním vyšetřením

Jméno vyšetřované/ho:.....

Datum narození:.....

Účel cytogenetického a molekulárně-genetického laboratorního vyšetření: Stanovení karyotypu, detekce specifických chromozomových aberací metodami fluorescenční in situ hybridizace (FISH), komparativní genomové hybridizace (CGH), array CGH, prenatální detekce aneuploidii vybraných chromozomů, detekce mutací genů molekulárně-genetickými metodami.

Cytogenetické a molekulárně genetické vyšetření z indikace:.....

Ze vzorku: – periferní krev – plodová voda – pupečnicková krev – vzorek tkáně z choriových klků
– vzorek tkáně z potraceného plodu – kostní dřev

A. Prohlášení lékaře - vyplňuje lékař

Prohlašuji, že jsem vyšetřované/mu (zákonnému zástupci) jasně a srozumitelně vysvětlil/a účel, povahu, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika výše uvedeného cytogenetického a molekulárně-genetického laboratorního vyšetření. Rovněž jsem vyšetřovanou osobu seznámil/a s možnými výsledky a 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 i s možnými riziky a důsledky v případě odmítnutí tohoto vyšetření. Výsledky laboratorního vyšetření budou důvěrné a nebudou bez souhlasu vyšetřované osoby sdělovány třetí straně, pokud platné právní předpisy neurčují jinak.

Jméno

lékaře:.....

Datum:.....Razítko:.....

Podpis:.....

B. Prohlášení vyšetřované osoby

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto genetické poradenství k výše uvedenému cytogenetickému a molekulárně-genetickému laboratornímu vyšetření. Vše mi bylo vysvětleno jasně a srozumitelně. Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se lékaře zeptat na vše, co jsem považoval/a za podstatné a probrat s ním vše, čemu jsem nerozuměl/a. Na všechny dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

- **Přeji/nepřeji** si být informován/a o výsledku cytogenetického a molekulárně-genetického laboratorního vyšetření.
- **Přeji si**, aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:
Jméno: Adresa:
Jméno: Adresa:
- **Souhlasím/nesouhlasím** s případným zapsáním mé osoby do registru nemocných.
- **Souhlasím/nesouhlasím**, aby z odebraného vzorku bylo provedeno některé z následujících cytogenetických a molekulárně-genetických vyšetření:
 - stanovení karyotypu
 - vyšetření specifických chromozomových aberací metodami FISH, CGH, array CGH
 - prenatální detekce aneuploidii vybraných chromozomů
 - detekce mutací genů molekulárně-genetickými metodami
- **Souhlasím/nesouhlasím** s uchováním mé suspenze buněk, kultivovaných z periferní krve, tkáně a s uchováním DNA v laboratoři SPADIA LAB, a.s. pro účely dalšího vyšetřování v závislosti na pokroku ve výzkumu a v zájmu ostatních členů rodiny a se zveřejněním získaných výsledků v odborných publikacích.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s odběrem příslušného vzorku a s provedením výše popsaného cytogenetického a molekulárně-genetického laboratorního vyšetření.

Jsem si vědom/a, že svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Prohlašuji, že jsem všem údajům, poučením a souhlasům, které mi byly sděleny a vysvětleny, porozuměl/a.

V.....
.....
podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce)

dne.....

Jméno zákonného zástupce:..... Datum narození:.....

Vztah k vyšetřované osobě:.....

Odběr krve k vyšetření lidské DNA byl proveden s informovaným souhlasem pacienta.

Pacient souhlasí s: uložením vzorku pro další analýzu anonymním využitím DNA k lékařskému výzkumu