

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

Informace o pacientovi	
Jméno a příjmení	
Rodné č./číslo pojištěnce	
Adresa	
Kód pojišťovny	Pohlaví: M Ž
Diagnóza	
Datum a čas odběru	
Datum a čas příjmu	

Žadatel/odesílající lékař	
Jméno lékaře	
Odbornost	
Razítko a podpis (adresa, IČP)	

**Prosím pozor, nutno vyplnit!**

<b>Vyplní lékař:</b> <input type="checkbox"/> Vyplněný a podepsaný informovaný souhlas je součástí žádanky. <input type="checkbox"/> Informovaný souhlas je založen v lékařské dokumentaci pacienta.
---

Materiál
<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> 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)

Postnatální cytogenetické vyšetření
<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> Stanovení karyotypu z periferní krve
<input type="checkbox"/> <sup>1</sup> Cytogenetická analýza periferních lymfocytů (CAPL)
<input type="checkbox"/> <sup>6</sup> Array CGH

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