

Jméno a příjmení				IČP	
Číslo pojistěnce		Pojistovna		Podpis a razítko.	
Diagnózy					
Pohlaví	M	Ž	Datum odběru		
Jméno lékaře			Odbornost		

Vyplněný a podepsaný informovaný souhlas

- je součástí žádanky
 je založen v lékařské dokumentaci pacienta.

Materiál

- nesrážlivá krev (2-5 ml plné krve, EDTA)
 jiný materiál (po dohodě):.....

Izolace DNA	
Uložení DNA	

* odběrové soupravy na vyžádání dodá laboratoř

<p>Metabolické poruchy</p> <p><input type="checkbox"/> Monogenní lipoproteinopatie <input type="checkbox"/> Adrenogenitální syndrom (poruchy steroidogeneze) <input type="checkbox"/> Mukopolysacharidósy <input type="checkbox"/> Leucinóza / nemoc javorového sirupu <input type="checkbox"/> Poruchy Acyl-CoA-dehydrogenáz (SCAD, SBCADD, MCAD, VLCAD, LCHAD) <input type="checkbox"/> Choroby novorozeneckého screeningu <input type="checkbox"/> Cystická fibróza (celá kódující oblast) <input type="checkbox"/> Wilsonova nemoc (celá kódující oblast) <input type="checkbox"/> Smith – Lemli – Opitz sy (celá kódující oblast) <input type="checkbox"/> OTC deficit <input type="checkbox"/> Gilbertova choroba, Crigler-Najjarův sy (typ I, typ II)</p> <p>Hereditární nádorové syndromy</p> <p><input type="checkbox"/> panel pro dědičné nádory prsu <input type="checkbox"/> panel pro dědičné nádory vaječníku <input type="checkbox"/> panel pro dědičné nádory dělohy <input type="checkbox"/> panel pro dědičné nádory střev <input type="checkbox"/> panel pro dědičné nádory žaludku a slinivky <input type="checkbox"/> panel pro dědičné nádory ledviny <input type="checkbox"/> panel pro vybraná vzácná familiární nádorová onemocnění <input type="checkbox"/> panel pro tuberosní sklerózu a neurofibromatózu <input type="checkbox"/> panel pro dědičné nádory štítné žlázy, paragangliomu a melanomu</p>	<p>Dědičné poruchy sluchu</p> <p><input type="checkbox"/> Nesyndromové AR formy postižení sluchu <input type="checkbox"/> Nesyndromové AD formy postižení sluchu <input type="checkbox"/> Nesyndromové XL formy postižení sluchu <input type="checkbox"/> Usherův syndrom <input type="checkbox"/> Waardenburgův syndrom <input type="checkbox"/> Syndromy: Pendred, Perrault, Jervell a Lange-Nielsen sy</p> <p>Dědičné poruchy zraku</p> <p><input type="checkbox"/> Retinitis pigmentosa - AR <input type="checkbox"/> Retinitis pigmentosa – AD <input type="checkbox"/> Retinitis pigmentosa – X-linked <input type="checkbox"/> Glaukom - primární kongenitální, primární s otevřeným úhlem <input type="checkbox"/> Glaukom – syndromové formy <input type="checkbox"/> Stargardtova nemoc <input type="checkbox"/> Okulokutánní albinismus <input type="checkbox"/> Viteliformní okulární dystrofie typ 2-5, Bestova choroba, Chorioideální centrální areolární dystrofie <input type="checkbox"/> Atrofie optiku (vyjma Leberovy hereditární optické neuropatie) <input type="checkbox"/> Leberova kongenitální amaurosis <input type="checkbox"/> Fuchsova endoteliální dystrofie rohovky <input type="checkbox"/> Branchiotorenální sy <input type="checkbox"/> Vybrané formy katarakty <input type="checkbox"/> Duanův syndrom <input type="checkbox"/> Isolovaná mikrooftalmie <input type="checkbox"/> CHARGE syndrom <input type="checkbox"/> Aniridia</p>
<p>Prosím uvést klinické údaje (event. přiložit klinickou zprávu) a údaje o rodinném výskytu onemocnění.</p>	

Souhlas vyšet ované/ho (zákonného zástupce) s molekulárn -genetickým laboratorním vyšet ením.

Jméno vyšet ované/ho:..... Datum narození:.....

Ú el molekulárn -genetického laboratorního vyšet ení:
(ov ení/potvrzení dg., zjišt ní predispozice, zjišt ní nemoci plodu)

Alternativy navrhovaného molekulárn -genetického vyšet ení (jejich vhodnost, p ínos a rizika): neexistuje.

Molekulárn -genetické vyšet ení z indikace:.....

Ze vzorku: periferní krev tká plodová voda pupe níková krev jiné.....

Prohlášení vyšet ované osoby

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto genetické poradenství k výše uvedenému molekulárn -genetickému laboratornímu vyšet ení. Vše mi bylo vysv tleno jasn a srozumiteln . Byla mi sd lena rizika spojená s neo ekávanými nálezy, které nejsou ú elem genetického laboratorního vyšet ení, ale p esto je genetická analýza zjistí. M l/a jsem možnost vše si ádn , v klidu a v dostate n poskytnutém ase zvážít, m l/a jsem možnost se léka e zeptat na vše, co jsem považoval/a za podstatné a probrat s ním vše, emu jsem nerozum l/a. Na všechny dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpov .

- **P eji/nep eji** si být informován/a o výsledku molekulárn -genetického laboratorního vyšet ení.
- **P eji/nep eji** si být seznámen/a s neo ekávanými nálezy molekulárn -genetického laboratorního vyšet ení.
- **P eji si**, aby o výsledku vyšet ení byly informovány následující osoby:

Jméno: Adresa:

Jméno: Adresa:

- **Souhlasím/nesouhlasím** s využitím výsledk genetického laboratorního vyšet ení a relevantních informací o mém zdravotním stavu, v etn fotodokumentace, k v deckým a výukovým ú el m za podmínky, že tyto údaje budou prezentovány a publikovány pouze v anonymní form .

Souhlas se skladováním

- P ed genetickým vyšet ením, které by se provád lo za jinými ú ely než uvedeno výše, budu ádn pou en/a a toto vyšet ení bude vždy provedeno až s novým informovaným souhlasem. Vzorek bude skladován v laborato i nejvýše po dobu 50let.
 - Jestliže bude vzorek mého biologického materiálu dále skladován, **souhlasím/nesouhlasím** s jeho využitím ke kontrole kvality DNA diagnostiky (vzorek je použit jako kontrola pro vyšet ení jiného pacienta).
 - **Souhlasím/nesouhlasím** s tím, že mohu být znovu kontaktován/a, na adrese uvedené ve zdravotnické dokumentaci, za ú elem souhlasu s využitím mého skladovaného biologického materiálu v konkrétním výzkumném projektu.

Nesouhlas se skladováním

- M j vzorek bude po provedení genetického laboratorního vyšet ení zlikvidován s tím rizikem, že nebude již možné v budoucnosti výsledek vyšet ení v p ípad pot eby znovu ov íta že zlikvidování vzorku m že vést ke zhoršení dostupnosti diagnostiky u rodinných p íslušník . Dále jsem si v doma, že pro další genetické testování bude nutný nový odb r materiálu.

Na základ tohoto pou ení prohlašuji, že souhlasím s odb rem p íslušného vzorku a s provedením výše popsáného molekulárn -genetického laboratorního vyšet ení.

Jsem si v dom/a, že sv j souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Prohlašuji, že jsem všem údaj m, pou ením a souhlas m, které mi byly sd leny a vysv tleny, porozum l/a.

V....., dne.....
.....
podpis vyšet ované osoby (zákonného zástupce)

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

Vztah k vyšet ované osob :.....

Jméno, razítko a podpis léka e:.....