



Genetické testy pro IVF centra
 Divadelní 2174/27, 741 01 Nový Jičín
SPADIA LAB, a.s. – Diagnostická laboratoř
 Dr. Martínka 1491/7, 700 30 Ostrava-Hrabůvka
 Tel.: 595 530 232, 734 696 565, zelená linka: 800 100 329 www.spadia.cz

Informace o pacientovi		Žadatel/odesílající lékař	
Jméno a příjmení		Jméno lékaře	
Rodné číslo/ číslo pojištěnce		Odbornost	
Kód pojišťovny			
Adresa	Pohlaví: M Ž		
Diagnóza základní/ostatní			
Léčba			
Datum a čas odběru			

Prosím pozor, vyberte jednu z následujících možností!

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

Materiál	
<input type="checkbox"/> ¹ periferní krev (2-5 ml plné krve, EDTA) <input type="checkbox"/> Jiný materiál po dohodě:	<input type="checkbox"/> ² Periferní krev (5-7ml periferní krve do S-Monovette Li-Heparin LH/7,5 ml)

odběrové soupravy na vyžádání dodá laboratoř

DNA diagnostika - molekulární biologie ¹	Cytogenetika ²
<input type="checkbox"/> <i>FSHR</i> polymorfismus <input type="checkbox"/> Cystická fibróza – <i>CFTR</i> (36 mutací + Tn varianty) <input type="checkbox"/> Spinální muskulární atrofie – SMA (<i>SMN1</i> , <i>SMN2</i>) <input type="checkbox"/> Dědičná hluchota - connexin 26 <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nejčastější mutace c.35delG - přenašečství <input type="checkbox"/> Sekvence..... <input type="checkbox"/> Mikrodelece Y chromozomu (<i>AZF</i> a, <i>AZF</i> b, <i>AZF</i> c) <input type="checkbox"/> <i>FRAXA</i> (mentální retardace; předčasné ovariální selhání) <input type="checkbox"/> Kongenitální adrenální hyperplazie – CAH <input type="checkbox"/> Faktor V – Leiden (R506Q) <input type="checkbox"/> Faktor II – Prothrombin (G20210A) <input type="checkbox"/> <i>SHOX</i> deficit <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> MLPA analýza <input type="checkbox"/> Sekvence kódující oblasti <input type="checkbox"/> Hypochondroplazie (<i>FGFR3</i> , Exon č. 12) <input type="checkbox"/> Celiakie (DQ2, DQ8)	<input type="checkbox"/> Stanovení karyotypu z periferní krve <input type="checkbox"/> FISH analýza (po předchozí domluvě):..... <input type="checkbox"/> Cytogenetická analýza periferních lymfocytů (CAPL)

Izolace DNA	
Uložení DNA	

Souhlas vyšetřované/ho (zákonného zástupce) s genetickým laboratorním vyšetřením.

Jméno vyšetřované/ho:..... Rodné číslo:.....

Účel genetického laboratorního vyšetření:
(zjištění přenašečství / predispozice, ověření/potvrzení dg.)

Alternativy navrhovaného genetického vyšetření (jejich vhodnost, přínos a rizika): neexistuje.

Genetické vyšetření z indikace:.....

Ze vzorku: periferní krev tkáň jiné.....**Prohlášení vyšetřované osoby**

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto genetické poradenství k výše uvedenému molekulárně-genetickému laboratornímu vyšetření. Vše mi bylo vysvětleno jasně a srozumitelně:

* byla mi sdělena rizika spojená s neočekávanými nálezy, které nejsou účelem genetického laboratorního vyšetření, ale přesto je genetická analýza zjistí.

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 genetického laboratorního vyšetření.
- **Přeji/nepřeji** si být seznámen/a s neočekávanými nálezy genetického laboratorního vyšetření.
- **Přeji si**, aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:
Jméno: Adresa:
Jméno: Adresa:
- **Souhlasím/nesouhlasím** 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.

Souhlas se skladováním

- Před genetickým vyšetřením, které by se provádělo za jinými účely než uvedeno výše, budu řádně poučen/a a toto vyšetření bude vždy provedeno až s novým informovaným souhlasem. Vzorek bude skladován v laboratoři nejvýše po dobu 50let.
 - Jestliže bude vzorek mého biologického materiálu dále skladován, **souhlasím/nesouhlasím** s jeho využitím ke kontrolě kvality DNA diagnostiky (vzorek je použit jako kontrola pro vyšetření jiného pacienta).
 - **Souhlasím/nesouhlasím** s tím, že mohu být znovu kontaktován/a, na adrese uvedené ve zdravotnické dokumentaci, za účelem souhlasu s využitím mého skladovaného biologického materiálu v konkrétním výzkumném projektu.

Nesouhlas se skladováním

- Můj vzorek bude po provedení genetického laboratorního vyšetření zlikvidován s tím rizikem, že nebude již možné v budoucnosti výsledek vyšetření v případě potřeby znovu ověřit a že zlikvidování vzorku může vést ke zhoršení dostupnosti diagnostiky u rodinných příslušníků. Dále jsem si vědoma, že pro další genetické testování bude nutný nový odběr materiálu.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s odběrem příslušného vzorku a s provedením výše popsaného 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....., dne.....

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

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

Vztah k vyšetřované osobě:.....

Jméno, razítko a podpis lékaře:.....