

## ŽÁDANKA NA GENETICKÉ TESTY PRO IVF CENTRA

Příjmení:	<input type="text"/>	Jméno:	<input type="text"/>	štítek OM
Číslo pojištění:	<input type="text"/>	Pohlaví:	<input type="radio"/> M <input type="radio"/> Ž	
Pojišťovna:	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Samoplátce		
Datum / čas odběru:	<input type="text"/> / <input type="text"/>	Diagnóza:	<input type="text"/>	Razítko a podpis lékaře:
Adresa:	<input type="text"/>			
E-mail:	<input type="text"/>			
Telefon:	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Zpřístupnit výsledky pacientovi		

Žádanku vyplňte čitelně, požadované metody označte vyplněním koleček černou nebo modrou barvou - správně:  , chybně:

### Prosím pozor:

Vyplněný a podepsaný informovaný souhlas musí být přílohou žádanky, jinak nebude vyšetření provedeno!

Léčba:

### Materiál

<input type="radio"/> 1 periferní krev (3-5 ml plné krve, EDTA)	<input type="radio"/> 2 periferní krev (5-7ml periferní krve do S-Monovette Li-Heparin LH/7,5 ml)
<input type="radio"/> Jiný materiál po dohodě:	

Odběrové soupravy na vyzádnání dodá laboratoř

### DNA diagnostika - molekulární biologie

<input type="radio"/> Cystická fibróza - CFTR <sup>1</sup>
<input type="radio"/> Panel 36 mutací + Tn varianty
<input type="radio"/> NGS Sekvenace (celá CDS)
<input type="radio"/> Spinální muskulární atrofie - SMA (SMN1, SMN2) <sup>1</sup>
<input type="radio"/> Dědičná hluchota - connexin 26 <sup>1</sup>
<input type="radio"/> Nejčastější mutace c.35delG - přenašečství
<input type="radio"/> Sekvenace.....
<input type="radio"/> Mikrodelece Y chromozomu (AZFa, AZFb, AZFc) <sup>1</sup>
<input type="radio"/> FRAXA <sup>1</sup> (mentální retardace; předčasné ovariální selhání)
<input type="radio"/> Kongenitální adrenální hyperplazie - CAH <sup>1</sup>
<input type="radio"/> Faktor V - Leiden (R506Q) <sup>1</sup>
<input type="radio"/> Faktor II - Prothrombin (G20210A) <sup>1</sup>
<input type="radio"/> SHOX deficit <sup>1</sup>
<input type="radio"/> MLPA analýza
<input type="radio"/> Sekvenace kódující oblasti
<input type="radio"/> Hypochondroplazie (FGFR3, Exon č. 12) <sup>1</sup>
<input type="radio"/> Celiakie (DQ2, DQ8) <sup>1</sup>
<input type="radio"/> FSHR - 2 frekventní polymorfizmy (Ex10) <sup>1</sup>
<input type="radio"/> GEPARD <sup>1</sup>

### Cytogenetika

<input type="radio"/> Stanovení karyotypu z periferní krve <sup>2</sup>
<input type="radio"/> FISH analýza (po předchozí domluvě) <sup>2</sup> .....
.....
<input type="radio"/> Cytogenetická analýza periferních lymfocytů (CAPL) <sup>2</sup>

Izolace DNA	
Uložení DNA	
<input type="checkbox"/> skladování vzorku po dobu delší než 5 let	



451010726

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

**Prosím pozor:** Vyplněný a podepsaný informovaný souhlas musí být přílohou žádanky, jinak nebude vyšetření provedeno!

Jméno vyšetřované/ho: ..... Datum narození: .....

Účel molekulárně-genetického laboratorního vyšetření: .....  
(ověření/potvrzení dg., zjištění predispozice, zjištění nemoci plodu)

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

Molekulárně-genetické vyšetření z indikace: .....

Ze vzorku:  periferní krev  kostní dřeň  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 lékařem 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 molekulárně-genetického laboratorního vyšetření.  
 **Přeji** /  **nepřeji** si být seznámen/a s neočekávanými nálezy molekulárně-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 alespoň po dobu 5 let, nebo dle požadavku lékaře.
- Jestliže bude vzorek mého biologického materiálu dále skladován,  **souhlasím** /  **nesouhlasím** s jeho využitím ke kontrole 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 výsledky 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 případě neoznačení možnosti (přeji/nepřeji, souhlasím/nesouhlasím) bude postupováno jako při zvolení kladné odpovědi.

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

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

Vztah k vyšetřované osobě: .....

Jméno, razítko a podpis lékaře: .....