

ŽÁDANKA NA CYTOGENOMICKÉ VYŠETŘENÍ

Příjmení: Jméno:

Číslo pojištěnce: Pohlaví: ☐ M ☐ Ž

Pojišťovna: ☐ Samoplátce

Datum / čas odběru: / Diagnóza:

Adresa:

Indikující lékař:

Odbornost:

štítek OM

Razítko a podpis lékaře:

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

Prosím pozor, vyberte jednu z následujících možností!

Vyplní lékař: ☐ Informovaný souhlas je součástí žádanky ☐ Informovaný souhlas je založen v lékařské dokumentaci pacienta

Materiál

- ☐ 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)¹
- ☐ Periferní krev (5–10 ml periferní krve do EDTA)²
- ☐ jiné

Požadované cytogenomické vyšetření

- ☐ Stanovení karyotypu z periferní krve¹
- ☐ Cytogenetická analýza periferních lymfocytů (CAPL)¹
- ☐ Array CGH²
- ☐ Fluorescenční *in situ* hybridizace (FISH)¹
- ☐ SHOX ☐ X/Y ☐ jiné

Důvod vyšetření:

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

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

Účel/indikace/předpokládaný prospěch genetického laboratorního vyšetření:.....

(ověření/potvrzení diagnózy; zjištění predispozice pro nemoc; zjištění přenašečství pro nemoc; zjištění nemoci plodu)

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

Ze vzorku: ☐ periferní krev ☐ plodová voda ☐ pupečnicková krev ☐ choriové klky
☐ tkáň: kůže, sval ☐ kostní dřeň ☐ otisk tumoru ☐ jiné

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 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

Potvřuji, že mi bylo poskytnuto genetické poradenství k výše uvedenému 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.

☐ **Souhlasím** / ☐ **nesouhlasím**, aby z odebraného vzorku bylo provedeno některé z následujících genetických vyšetření:

- stanovení karyotypu
- stanovení získaných chromozomových aberací (CAPL)
- vyšetření specifických chromozomových aberací metodami FISH, array CGH
- detekce aneuploidií vybraných chromozomů prenatalně
- detekce mutací genů molekulárně-genetickými metodami

☐ **Přeji** / ☐ **nepřeji** si být informován/a o výsledku genetického laboratorního vyšetření.

☐ **Přeji si**, aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:

Jméno: Adresa:

☐ **Souhlasím** / ☐ **nesouhlasím*** s uchováním mého vzorku (vzorků) pro další analýzu provedenou k mému prospěchu a prospěchu mé rodiny, ale vždy budu před dalším vyšetřením poučen/a a nově navrhovaná genetická vyšetření budou provedena až s mým aktuálním informovaným souhlasem. Vzorek bude skladován v laboratoři dle platné dokumentace vyplývající z normy ČSN EN 15189 v aktuální verzi.

* Můj vzorek (vzorky) budou v případě nesouhlasu po provedení genetického laboratorního vyšetření zlikvidován/y s tím rizikem, že nebude již možné v budoucnosti výsledek vyšetření v případě potřeby znovu ověřit a pro další genetické testování bude nutný nový odběr materiálu

☐ **Souhlasím** / ☐ **nesouhlasím**, s využitím výsledků genetického laboratorního vyšetření a relevantních informací o mém zdravotním stavu, včetně fotodokumentace, k vědeckým a výukovým účelům za podmínky prezentace či publikace pouze v anonymní formě.

☐ **Souhlasím** / ☐ **nesouhlasím** s případným zapsáním mé osoby do registru nemocných.

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