

Genetická analýza závažných dědičných onemocnění

Příjmení: Jméno:

štítek OM

Číslo pojištění: Pohlaví: ☐ M ☐ Ž

Pojišťovna: ☐ Samoplátce

Datum / čas odběru: / Diagnóza:

Adresa:

E-mail:

Telefon:

Razítko a podpis lékaře:

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

Prosím pozor, vyberte jednu z následujících možností!

Vyplní lékař: ☐ Vyplněný a podepsaný informovaný souhlas je součástí žadanky. ☐ Informovaný souhlas je založen v lékařské dokumentaci pacienta.

☐	GEPARD - MOJE GENY	9 900 Kč
☐	GEPARD - COMPLETE	16 000 Kč
☐	GEPARD - COMPLETE pro páry	29 000 Kč

Údaje partnera

Jméno a příjmení:

Datum narození:

☐	Platba na odběrovém místě
☐	Platba u lékaře v ambulanci
☐	Pojišťovna:

Vysvětlivky k odběrům:

☒ EDTA 6ml



45100126

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

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 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 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 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 popsaneho 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: