

## INFORMOVANÝ SOUHLAS S GENETICKÝM LABORATORNÍM VYŠETŘENÍM

Jméno vyšetřované/ho: .....

štítek

Rodné číslo: .....

**Cíl a důvod vyšetření:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ověření/potvrzení diagnózy nemoci | <input type="checkbox"/> Zjištění predispozice pro nemoc |
| <input type="checkbox"/> Zjištění přenašečství pro nemoc   | <input type="checkbox"/> Jiné:                           |

**Typ genetického laboratorního vyšetření:**

**Cytogenetické vyšetření:**

- |                                   |                               |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Karyotyp | <input type="checkbox"/> FISH |
|-----------------------------------|-------------------------------|

**Molekulárně genetické vyšetření:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> array CGH                                      | <input type="checkbox"/> Laktózová intolerance                       |
| <input type="checkbox"/> Syndrom fragilního chromozomu X                | <input type="checkbox"/> Deficence alfa 1 antitrypsinu               |
| <input type="checkbox"/> Spinální muskulární atrofie                    | <input type="checkbox"/> Morbus Bechtěrev                            |
| <input type="checkbox"/> Beckerova nebo Duchennova muskulární dystrofie | <input type="checkbox"/> Gilbertův syndrom                           |
| <input type="checkbox"/> Cystická fibróza                               | <input type="checkbox"/> <i>TPMT</i> (thiopurin S-Methyltransferáza) |
| <input type="checkbox"/> Trombofilní mutace (FII, FV)                   | <input type="checkbox"/> <i>TOLLIP</i> gen (polymorfismus rs3750920) |
| <input type="checkbox"/> Celiakie                                       | <input type="checkbox"/> DNA banking                                 |
|   | <input type="checkbox"/> Jiné:                                       |

**Povaha výkonu:** Odběr biologického materiálu (periferní žilní krev 5 – 10ml). Alternativa výkonu je stěr z bukalní sliznice.

**Příprava před výkonem:** Není nutná žádná příprava před výkonem.

**Průběh výkonu:** Sestra / lékař Vám zatáhne horní končetinu Esmarchovým obinadlem („škrtidlem“), najde vhodné místo pro odběr, poté dezinfikuje místo vpichu a pomocí odběrové jehly odebere krev do zkumavky. Po odběru uvolní „škrtidlo“ a přiloží na místo vpichu čtvereček ke kompresi vpichu a poté se místo přelepí náplastí.

**Možná rizika:** Při odběru krve z žíly může dojít k jejímu poranění s následným vytvořením krevní podlitiny v místě odběru, dále mírná a dočasná bolestivost v místě vpichu.

**Datum:** .....

**Jméno lékaře:** ..... **Podpis lékaře:** .....

**VYŠETŘOVANÝ/Á / ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE:**

1. Přečtete si laskavě pozorně text tohoto souhlasu.
2. Pokud jste plně nerozuměli lékařovu vysvětlení, nebo pokud potřebujete doplňující informace, neváhejte se lékaře znovu zeptat.
3. Pokud souhlasíte s textem prohlášení, podepište jej.

**Já, vyšetřovaný/á / zákonný zástupce prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně a včas informován/a o povaze lékařského výkonu / lékařského postupu uvedeného výše, byl/a jsem též informován/a o možných rizicích tohoto výkonu. Měl/a jsem možnost klást lékařovi doplňující dotazy a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy byly zodpovězeny. Své rozhodnutí činím po pečlivé úvaze a po posouzení všech rozhodujících skutečností.**

### 1. Přeji si.

abych s výsledky genetického laboratorního vyšetření  byl/a  nebyl/a seznámen/a  
abych s výsledky náhodných nálezů  byl/a  nebyl/a seznámen/a  
aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby: .....

### 2. Rozhodl/a jsem se, že se vzorkem bude po ukončení testování naloženo takto:

Pokud to bude možné, bude můj vzorek/vzorky bezplatně skladován/y pro další analýzu provedenou k mému prospěchu a prospěchu mé rodiny, ale vždy budu před dalším vyšetřením poučen/a a nově navrhovaná genetická laboratorní vyšetření budou provedena až s mým aktuálním informovaným souhlasem.  ANO  NE

Můj vzorek/vzorky bude po provedení genetického laboratorního vyšetření uschován pouze po dobu nezbytně nutnou k ověření výsledků a pak bude zlikvidován s tím rizikem, že pro další genetické testování bude nutný nový odběr materiálu.  ANO  NE

Jestliže bude můj vzorek skladován, souhlasím s jeho anonymním využitím při kontrole kvality DNA diagnostiky.  ANO  NE

Jiné:

### 3. Souhlasím:

S anonymním využitím vzorku k biomedicínskému výzkumu:  ANO  NE

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:  ANO  NE

**Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s odběrem příslušného vzorku z mého těla a s provedením výše popsaného genetického laboratorního vyšetření s podmínkami, jak jsou uvedeny výše. Jsem si vědom/a, že svůj souhlas mohu kdykoli odvolat.**

**Datum:** ..... **Podpis vyšetřované/ho:** .....

**Jméno a podpis zákonného zástupce :** .....