

Laboratoř DNA diagnostiky
Centrum laboratorní medicíny – BioLab spol. s r.o. Klatovy
Nádražní 844, 339 01 Klatovy 3, ČR

Tel. 376 322 081, 630 203 366, Fax: 376 322 398, musil@biolab-kt.cz, www.biolab-kt.cz

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

(Pro potřeby laboratoře se poskytuje lékařem potvrzená kopie tohoto dokumentu)

JMÉNO		RČ														ZP			
ÚČEL GENETICKÉHO LABORATORNÍHO VYŠETŘENÍ (viz přehled zadní strana)																Dg			
Ověření/potvrzení diagnózy nemoci	<input type="checkbox"/>	Zjištění predispozice pro nemoc	<input type="checkbox"/>	Zjištění přenašečství pro nemoc												<input type="checkbox"/>			
Zjištění nemoci u plodu	<input type="checkbox"/>	Jiný důvod:																	

A. Prohlášení lékaře

- Prohlašuji, že jsem vyšetřované/mu (zákonnému zástupci vyšetřovaného) jasně a srozumitelně vysvětlil/a účel, povahu, předpokládaný prospěch, následky i možná rizika výše uvedeného genetického laboratorního vyšetření.
- Rovněž jsem vyšetřovanou osobu seznámil/a s možnými výsledky a s 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 (zákonného zástupce) i s možnými riziky a důsledky v případě odmítnutí tohoto vyšetření.
- Výsledky laboratorního vyšetření budou důvěrné a nebudou bez souhlasu vyšetřované osoby/zákonného zástupce sdělovány třetí straně, pokud platné právní předpisy neurčují jinak.

Jméno lékaře :

Razítko zdravotnického zařízení + podpis

Datum :

B. Prohlášení vyšetřované osoby

- Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto genetické poradenství ke genetickému laboratornímu vyšetření za účelem jak uvedeno shora. Vše mi bylo sděleno a 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 pro mne podstatné a potřebné vědět a probrat s ním vše, čemu jsem nerozuměl/a. Na ty to mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Za účelem výše uvedeným souhlasím s odběrem dále uvedeného vzorku krve a s provedením molekulárně genetických vyšetření (zjištění přítomnosti mutace či polymorfismu) pro chorobu:

Faktor V. (Leiden) <input type="checkbox"/>	Faktor II (20210) <input type="checkbox"/>	MTHFR (677,1298) <input type="checkbox"/>	PAI-1 <input type="checkbox"/>	M. Gilbert <input type="checkbox"/>
H. hemochromatóza (282, 63) <input type="checkbox"/>	HLA-B27 <input type="checkbox"/>	DQ2/DQ8 (céliakie) <input type="checkbox"/>		

Dále si přeji následující:

Abych s výsledky byl(a) nebyl(a) seznámen(a) (vybranou variantu označte)

Aby o výsledku byly informovány následující osoby:

Rozhodl (a) jsem, že se vzorkem DNA bude po ukončení testování naloženo takto:

Vzorek bude skladován (max. 1 rok). Nové analýzy mohou být provedeny pouze po mém novém souhlasu.

Vzorek bude ihned zlikvidován s tím rizikem, že nebude již možné daný výsledek ověřit ani provést další nová vyšetření ku prospěchu mému či mé rodiny.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s odběrem příslušného vzorku krve a s provedením výše popsaného genetického laboratorního vyšetření s podmínkami jak uvedeny výše a jsem si vědom, že svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce) V Dne

Jméno zákonného zástupce:..... Rodné číslo:...../.....

Vztah k vyšetřované osobě:.....

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž jeden obdrží vyšetřovaná osoba (zákonný zástupce) a druhý informující lékař.