

SOUHLAS VYŠETŘOVANÉ/HO (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE) S GENETICKÝM LABORATORNÍM VYŠETŘENÍM



Vaše laboratoře

ZELENÁ LINKA
800 110 210
vaselaboratore@vaselaboratore.cz
www.imalab.cz

INFOLINKA ZDARMA
800 183 675, 800 100 590
operator@labin.cz
www.labin.cz



**Institut laboratorní
medicíny**

VYŠETŘOVANÁ OSOBA

Příjmení: Jméno: Číslo pojistěnce:

Účel genetického laboratorního 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"/>	Stanovení předpokládané patologie probanda:
<input type="checkbox"/>	Stanovení předpokládané patologie plodu

Předpokládaný prospěch tohoto vyšetření:

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 (neždařilo 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:

Podpis lékaře: Dne:

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 dostatečném 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.

Vyplnit v případě, že je nutno použít institut zákonného zástupce

Jméno zákonného zástupce: Rodné číslo:

Vztah k vyšetřované osobě:

Za účelem výše uvedeným souhlasím s odběrem dále uvedeného vzorku z mého těla a s provedením těchto vyšetření:

Cytogenetická vyšetření	
<input type="checkbox"/>	Karyotyp (analýza chromosomů)
<input type="checkbox"/>	Jiné
Cytogenetická vyšetření	
<input type="checkbox"/>	Vyšetření pro chorobu:
<input type="checkbox"/>	Jiné
Jiná vyšetření	
<input type="checkbox"/>	

Ze vzorku: periferní krev plodová voda CVS (klky) sliny
 pupečnicková krev placenta tkáň: kůže, sval jiné

Dále si přeji následující:

Abych s výsledky genetického laboratorního vyšetření : byl(a) / nebyl(a) seznámen (a)

Abý o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:

.....

Souhlasím/ nesouhlasím s případným zapsáním mé osoby do registru nemocných

s chorobou:

vybranou variantu označte

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

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

Můj vzorek (vzorky) bude po provedení genetického laboratorního vyšetření zlikvidován 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 s anonymním využitím DNA k lékařskému výzkumu.

Nesouhlasím s anonymním využitím DNA k lékařskému výzkumu.

Jiné:

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 kdykoliv odvolat.

Podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce):

V Dne:

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž jeden obdrží vyšetřovaná osoba (zákonný zástupce) a druhý informující lékař. Pro potřeby ostatních subjektů, podílejících se na diagnostice, se poskytuje (lékařem potvrzená) kopie tohoto dokumentu.