

Poučení a souhlas vyšetřované/ho (zákonného zástupce) s genetickým laboratorním vyšetřením

Jméno vyšetřované/ho:

Rodné číslo:

Účel genetického laboratorního vyšetření

Ověření/potvrzení diagnózy nemoci:

Zjištění predispozice/ přenašečství pro nemoc:.....

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:

V Brně dne: Podpis lékaře:

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.

B. 1 Za účelem výše uvedeným souhlasím s odběrem dále uvedeného vzorku z mého těla a s provedením těchto vyšetření:

Molekulárně genetická vyšetření:

- | | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> PANDA® Basic | <input type="checkbox"/> PANDA® Carrier | <input type="checkbox"/> PANDA® Complete | <input type="checkbox"/> ILGA™ | <input type="checkbox"/> EXOME |
| <input type="checkbox"/> Spinální muskulární atrofie | <input type="checkbox"/> Trombofilní mutace | <input type="checkbox"/> Fragilní X | <input type="checkbox"/> Cystická fibróza | <input type="checkbox"/> Mikrodelece AZF |
| <input type="checkbox"/> Hluchota (GJB2) | <input type="checkbox"/> SNP array | <input type="checkbox"/> Izolace DNA | <input type="checkbox"/> aneuploidie potraceného plodu | |

Vyšetření (mutace v) genu:

Jiné (upřesnit)

Cytogenetická vyšetření:

Karyotyp (analýza chromozomů) Jiné (upřesnit)

Doplňující vyšetření pro ověření pozitivního výsledku výše uvedených vyšetření např.:

FISH, MLPA

jiné (upřesnit)

Jiná vyšetření:

Ze vzorku: žilní krev sliny kůže sval Jiné (upřesnit):.....

B. 2 Dále vyjadřuji svoje přání o sdělení výsledků genetických testů:

Přeji si / nepřeji si být seznámen(a) s výsledky genetických laboratorního vyšetření:

Souhlasím / nesouhlasím * s případným zapsáním mé osoby do registru nemocných s chorobou:

Přeji si aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:.....

B 2 Prohlášení a rozhodnutí o náhodných nálezech:

Jsem si vědom(a), že během mého genetického vyšetření může dojít k objevení tzv. **náhodných nálezů**, což jsou genetické informace, které nesouvisí s původním důvodem, pro který jsem se rozhodl(a) podstoupit toto vyšetření, ale mohou mít významný vliv na mé zdraví nebo zdraví mých blízkých. Takové nálezy mohou například zahrnovat informace o zvýšeném riziku vzniku jiných onemocnění, která nejsou aktuálně testována, ale mohou se objevit v budoucnosti. Může se jednat o nemoci, jako je rakovina, kardiovaskulární choroby nebo dědičné neurologické poruchy. Jsem si vědom(a) toho, že náhodné nálezy mohou mít různé dopady. Mohou mi umožnit včasné preventivní kroky nebo léčbu, což by mohlo zlepšit moji prognózu. Na druhou stranu tyto informace mohou vyvolat emoční zátěž, nejistotu nebo obavy z budoucnosti, zejména pokud nebude existovat jasná možnost prevence nebo léčby daného nálezu. V případě zjištění náhodného nálezu, který by byl život ohrožující nebo přímo ovlivňující léčbu jsou zdravotní pracovníci povinni jednat v mém nejlepší zájmu a mohou mě o těchto výsledcích informovat nebo s informací jinak nakládat, i v případě, že jsem zvolil(a) možnost nebýt o náhodných nálezech informován(a).

Přeji si být informován(a) o náhodných nálezech, které mohou mít vliv na mé zdraví nebo zdraví mých blízkých.

Nepřeji si být informován/a o náhodných nálezech, které nejsou spojeny s původním důvodem mého genetického vyšetření.

B. 4 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 uvedeny výše. Jsem si vědom, že svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Dne
Podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce)

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. Pro potřeby ostatních subjektů, podílejících se na diagnostice, se poskytuje (lékařem potvrzená) kopie tohoto dokumentu.