

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

JMÉNO VYŠETŘOVANÉ/HO:

ČÍSLO POJIŠTĚNCE:

Účel genetického laboratorního vyšetření:

- ověření/potvrzení diagnózy nemoci a/nebo vývojové vady:
- zjištění predispozice pro nemoc a/nebo vývojovou vadu:
- zjištění přenašečství pro nemoc a/nebo vývojovou vadu:
- k optimalizaci léčby:
- jiné

Ze vzorku: kostní dřeň, periferní krev, tkáň tumoru, plodová voda, jiné

A. Prohlášení lékaře - vyplňuje lékař

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

Jméno lékaře:

Datum:..... Razítko a podpis:.....

B. Prohlášení vyšetřované osoby

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto genetické poradenství k výše uvedenému genetickému laboratornímu vyšetření. Vše mi bylo 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 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 cytogenetického/genetického laboratorního vyšetření.
- **Přeji/ Nepřeji** si být informován/a o výsledku neočekávaných nálezů.
- **Přeji si**, aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:

Jméno: Adresa:

Jméno: Adresa:

- **Souhlasím/ Nesouhlasím** s případným zapsáním mé osoby do registru nemocných.
- **Souhlasím/ Nesouhlasím** s uchováním buněčné suspenze/DNA pro účely dalšího vyšetřování v závislosti na pokroku ve výzkumu a v zájmu ostatních členů rodiny. Jsem si vědom/a, že v případě nesouhlasu, již nebude možné výsledek některých vyšetření dodatečně ověřit nebo doplnit a bude nutný nový odběr materiálu.
- **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.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s odběrem příslušného vzorku a s provedením výše popsaného genetického laboratorního vyšetření. Byl/a jsem seznámen/a s možností vysoké stresové zátěže při sdělení pozitivního výsledku a všemi důsledky s tím spojenými. 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.

Dne:.....

V..... Podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce)

Jméno zákonného zástupce:..... Číslo pojištění:

Vztah k vyšetřované osobě: