

k provedení genetického testu mutací rizikových při podávání hormonální antikoncepce



Seznam akreditovaných
metod naleznete
na www.imalab.cz

Laboratoř molekulární biologie:
U Lomu 638, 760 01 Zlín,
tel.: 577 001 100, 602 592 024
E-mail: zemanek@imalab.cz, www.imalab.cz
Svoz: 602 747 925, 606 737 100

Odběrová místa:

Tř. T. Bati 3705, Zlín (bud. polikliniky) - odběry: 6³⁰ - 14³⁰
Zahradní 973, Zlín-Malenovice - odběry: 6³⁰ - 11⁰⁰
Masarykovo nám. 1325, Vizovice - odběry: 6⁰⁰ - 10⁰⁰
Partyzánů 2174, Uh. Brod (bud. polikliniky) - odběry: 6³⁰ - 14³⁰

Klientka a adresa pro doručení

Příjmení: Jméno: Rodné číslo:

Adresa pro doručení výsledků:

Město: PSČ:

Telefon: E-mail:

Wyšetření

Pro účely testu budou provedena stanovení mutací:

- Faktoru V Leiden (R506Q ~G1691A)
- Faktoru II Protrombinu (G20210A)

Výsledky laboratorního vyšetření budou důvěrné a nebudou bez souhlasu vyšetřované osoby/zákonného zástupce sdělovány třetí straně.

Druh primárního vzorku: krev

Odběr: zkumavka s EDTA (zkumavka na krevní obraz) odběr krve

Prohlášení vyšetřované osoby

Potvrzuji, že jsem se seznámila s informačním materiálem k výše uvedenému genetickému laboratornímu vyšetření. Doplňující informace jsem si mohla přečíst na www.imalab.cz.

Vyplnit v případě, že je nutno použít institut zákonného zástupce

Jméno zákonného zástupce:

Rodné číslo: Vztah k vyšetřované osobě:

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

- Pokud to bude možné, bude můj vzorek skladován pro další analýzu provedenou k mému prospěchu a prospěchu mé rodiny po dobu 1 roku.
- Můj vzorek 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.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s odběrem krevního vzorku a s provedením výše popsaného genetického laboratorního vyšetření.

Podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce):

V: Dne: