

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

Jméno a příjmení vyšetřované/ho:

Číslo pojištění vyšetřované/ho:

1. PROHLÁŠENÍ VYŠETŘOVANÉ OSOBY

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto genetické poradenství ke genetickému laboratornímu vyšetření. Vše mi bylo sděleno a vysvětleno srozumitelně, řádně, v klidu a v dostatečné časové lhůtě mi bylo umožněno vše zvážit. Měl(a) jsem také možnost zeptat se lékaře na vše, čemu jsem nerozuměl(a), nebo co považuji za podstatné.

2. SOUHLASÍM S PROVEDENÍM TĚCHTO VYŠETŘENÍ:

Cytogenetické vyšetření: Karyotyp array CGH FISH Jiné

Molekulárně genetická vyšetření:

Vyšetření pro choroby:

Vyšetření reprodukční imunologie: Spermogram

Typ vzorku: Žilní krev Plodová voda Bukální stěr Choriové klky Ejakulát Jiné

3. DÁLE SI PŘEJI NÁSLEDUJÍCÍ:

Abych s případnými náhodnými významnými nálezy (včetně nosičství pro dědičná onemocnění), které však nesouvisí se základní diagnózou byl(a) seznámen(a) nebyl(a) seznámen(a)

4. DÁLE SOUHLASÍM:

Souhlasím s využitím skladovaných vzorků ke kontrole kvality DNA analýz. Zároveň souhlasím s využitím vzorků, výsledků genetického vyšetření a relevantních informací o zdravotním stavu k vědeckým či výukovým účelům, a to za podmínky, že budou použity/publikovány ve zcela anonymní formě.

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

- Pokud je to možné, bude můj vzorek(ky) skladován(y) pro eventuální další analýzu provedenou k mému prospěchu a prospěchu biologických příbuzných. Před genetickým vyšetřením, které by se provádělo za jinými účely, než je uvedeno výše, budu řádně poučen(a) a toto vyšetření bude provedeno až s novým informovaným souhlasem. Vzorky budou skladovány obvykle po dobu 5 let.
- Vzorek(ky) bude(budou) po provedení genetického laboratorního vyšetření zlikvidován(y) 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.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s provedením konkrétního genetického laboratorního vyšetření za výše uvedených podmínek, které jsou mi zcela srozumitelné.

Jméno zákonného zástupce: Číslo pojištění:

Vztah k vyšetřované osobě:

Jméno lékaře:

Podpis lékaře: Dne:

Podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce): Dne: