

Žádanka pro molekulárně genetická vyšetření lidského genomu



Laboratoř molekulární genetiky: tel. 567 157 753
Zdravotnická laboratoř č. 8314 akreditovaná ČIA dle normy ČSN EN ISO 15189:2013

Pracoviště lékařské genetiky (PLG):
Ambulance klinické genetiky: MUDr. Rastislav Beharka,
objednávání pacientů každý čtvrtek 7.00-15.30 hod - tel. 567 157 583

Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace
OKBMI - oddělení klinické biochemie, mikrobiologie a imunologie
Vrchlického 59, 586 33 Jihlava, www.nemji.cz



Příjmení a jméno:	<input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž	Laboratorní číslo:
Číslo pojištěnce:	Datum narození:	
Bydliště:		Datum a čas odběru:
Zdravotní pojišťovna:	Kontakt:	Odebírající osoba:
Diagnóza základní/ostatní:	IČZ odesílatele:	Razítko a podpis:
Žádanka pro molekulárně genetická vyšetření lidského genomu je platná jenom s vyplněným a podepsaným INFORMOVANÝM SOUHLASEM → vyplňte 2. stranu!!!		

Druh materiálu: nesrážlivá krev EDTA (2 ml) jiný

Predispozice k žilním trombózám <input type="checkbox"/> FV Leiden (G1691A) <input type="checkbox"/> FII Protrombin (G20210A)	HLA typizace <input type="checkbox"/> HLA-B*27 (Bechtěrevova choroba) <input type="checkbox"/> Celiakie (DQ2, DQ8)	Ostatní vyšetření <input type="checkbox"/> Gilbertův sy. (UGT1A1 TATA box) <input type="checkbox"/> Hemochromatóza (C282Y,H63D,S65C,E168X)
Jiné vyšetření (vypiště)		
<input type="checkbox"/> Uložení DNA do banky		
Laboratoř molekulární genetiky	sedinovam@nemji.cz	Tel. 567 157 753
Pracoviště lékařské genetiky-ambulance	beharkar@nemji.cz	Tel. 567 157 583

Informovaný souhlas s genetickým laboratorním vyšetřením

Příjmení a jméno vyšetřované/ho Číslo pojištění.....
Příjmení a jméno zákonného zástupce Číslo pojištění.....
Vztah k vyšetřované osobě Matka Otec Jiný.....

Účel genetického laboratorního vyšetření.....
(ověření/potvrzení dg., zjištění predispozice, přenašečství atd.)

Molekulárně genetická vyšetření:

Trombofilní mutace: FV Leiden (G1691A) Protrombin (G20210A)

Celiakie (DQ2, DQ8) M. Bechtěrev HLA –B*27

Uložení DNA/ RNA do banky Jiné.....

Ze vzorku: Žilní krev

Jiné:.....

Prohlášení lékaře

Prohlašuji, že jsem vyšetřovanému/né (zákonnému zástupci vyšetřované/ho) 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.

Poučil/a jsem vyšetřované/ho/nou o tom, že genetické vyšetření a interpretace výsledků jsou limitovány technickými možnostmi a stavem znalostí dané doby, a že existuje riziko neočekávaných a obtížně interpretovatelných nálezů.

Výsledky laboratorního vyšetření budou důvěrné a nebudou bez souhlasu vyšetřované osoby/zákonného zástupce sdělovány třetí straně, pokud platné právní předpisy neurčují jinak.

Jméno lékaře/odbornost:..... VDne 20.....

Podpis:

Dopad na zdraví, včetně zdraví budoucích generací, pro pacienta a geneticky příbuzné osoby:
výsledek genetického vyšetření může potvrdit klinickou diagnosu onemocnění na molekulárně genetické úrovni, může objasnit typ dědičnosti vyšetřovaného onemocnění a doporučit u vybraných příbuzných pacienta preventivní genetické vyšetření.

Přeji si následující (vyplňuje vyšetřovaná osoba – pacient, proband, klient ...):

Abych s výsledky genetického laboratorního vyšetření: **Byl/a** **Nebyl/a seznámen/a**

Aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:

Identifikační údaje informované osoby Lékař požadující vyšetření
 Informace sdělit jenom mně a já předám informaci ošetřujícímu lékaři/rodině.

Souhlasím **Nesouhlasím ze zasláním výsledku genetického vyšetření do NIS Nemocnice Jihlava**

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

Souhlasím se skladováním vzorku

- pro další analýzu provedenou k mému prospěchu a prospěchu mé rodiny, ale **vždy budu před dalším vyšetřením poučen/a** a nově navrhovaná genetická laboratorní vyšetření budou provedena až **s mým aktuálním informovaným souhlasem**.

Nesouhlasím se skladováním vzorku

- 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 - **Nesouhlasím s anonymním využitím DNA k lék. výzkumu a/nebo ke kontrole kvality**

- DNA diagnostiky v Laboratoři molekulární genetiky

Jiné:

Prohlášení vyšetřované osoby

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto poradenství ke genetickému laboratornímu vyšetření za účelem, jak je výše uvedeno. 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 zeptat lékaře na vše, co jsem považoval/a pro mne za podstatné a potřebné vědět a probrat s ním vše, čemu jsem nerozuměl/a. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. 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.

V Dne 20.....

Podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce)

V případě, že se pacient (zákonný zástupce) nemůže ze zdravotních důvodů podepsat:

Důvod:

Způsob projevu souhlasu:.....

Svědék:

jméno a příjmení

podpis