

**ŽÁDANKA NA LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ**

<b>Datum odběru:</b>		<b>Čas odběru:</b>	
<b>Odběr provedl:</b>			
<b>Žadatel:</b>		<b>Odbornost:</b>	
<b>Razítko a podpis:</b>	<b>Štítek:</b>		
<b>PACIENT</b>			
<b>Jméno:</b>		<b>Pohlaví:</b>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž
<b>Číslo pojištěnce (RČ):</b>		<b>Diagnóza:</b>	
<b>Pojišťovna:</b>		<b>Bydliště/Kontakt:</b>	
<b>Typ primárního vzorku:</b>	<input type="checkbox"/> Nesrážlivá krev (heparin)	<input type="checkbox"/> Ejakulát	<input type="checkbox"/> Izolace a uložení DNA
	<input type="checkbox"/> Nesrážlivá krev (EDTA)	<input type="checkbox"/> Bukální stěr	<input type="checkbox"/> Izolace DNA a zaslání do:
	<input type="checkbox"/> Stěr cervix	<input type="checkbox"/> Sérum	
	<input type="checkbox"/> Stěr uretra	<input type="checkbox"/> Izolovaná DNA	
	<input type="checkbox"/> Moč (1.proud moči)	<input type="checkbox"/> jiné	
<b>Cytogenetická vyšetření:</b>			
<input type="checkbox"/> Karyotyp		<input type="checkbox"/> Mutagenese	
<b>Molekulárně genetická vyšetření</b>			
<input type="checkbox"/> Cystická fibróza (gen <i>CFTR</i> , 34 mutací + Poly T)		<input type="checkbox"/> Faktor V Leiden (R506Q)	
<input type="checkbox"/> Mikrodelece na chromozomu Y (AZFa, AZFb, AZFc)		<input type="checkbox"/> Prothrombin (G20210A)	
<input type="checkbox"/> SMA (geny <i>SMN1</i> , <i>SMN2</i> )		<input type="checkbox"/> GPIa (C807T)	
<input type="checkbox"/> Syndrom fragilního X (FRAXA)		<input type="checkbox"/> GPIIIa (L33P)	
<input type="checkbox"/> Vrozená ztráta sluchu – Connexin 26 (gen <i>GJB2</i> , IVS1+1G>A, c.35delG c.101T>C, c.167delT, c.235delC, c.313del14)		<input type="checkbox"/> PAI-1 (4G/5G)	
<input type="checkbox"/> Hereditární nádorové syndromy – NGS panel (vyšetření kódujících sekvencí genů <i>ATM</i> , <i>APC</i> , <i>BARD1</i> , <i>BRCA1</i> , <i>BRCA2</i> , <i>BRIP1</i> , <i>CDH1</i> , <i>CHEK2</i> , <i>EPCAM</i> , <i>MLH1</i> , <i>MSH2</i> , <i>MSH6</i> , <i>MUTYH</i> , <i>NBN</i> , <i>PALB2</i> , <i>PMS2</i> , <i>PTEN</i> , <i>RAD50</i> , <i>RAD51C</i> , <i>RAD51D</i> , <i>STK11</i> , <i>TP53</i> )		<input type="checkbox"/> Psoriáza (HLA-C*06)	
		<input type="checkbox"/> Revmatoidní artritida ( <i>HLA-DRB1</i> , rozlišení homo./heterozygotů <i>QKRAA/QRRAA/RRRAAA</i> )	
		<input type="checkbox"/> Celiakie (DQ2, DQ8)	
<input type="checkbox"/> Preimplantační diagnostika (PGT-A)		<input type="checkbox"/> Laktózová intolerance (C13910T, G22018A)	
<input type="checkbox"/> Jiné.....			
<b>Datum příjmu do laboratoře:</b>		<b>Čas příjmu do laboratoře:</b>	

Odběr krve k vyšetření lidské DNA byl proveden s informovaným souhlasem pacienta, který je uložen v lékařské dokumentaci.

Pacient souhlasí / nesouhlasí s uložením DNA (nehodící se škrtněte)

Razítko a podpis lékaře:

## INFORMOVANÝ SOUHLAS S GENETICKÝM VYŠETŘENÍM

Jméno a příjmení vyšetřované/ho: ..... RČ: .....

Jméno a příjmení zákonného zástupce: ..... Vztah k vyšetřované osobě: .....

## 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 .....

Alternativy navrhovaného genetického vyšetření (jejich vhodnost, přínos a rizika) .....

## PROHLÁŠENÍ VYŠETŘOVANÉ OSOBY

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

Cytogenetická vyšetření:  Karyotyp (analýza chromosomů) .....  Jiné: .....Molekulárně genetická vyšetření:  Vyšetření pro chorobu: .....Ze vzorku:  žilní krev  plodová voda  sliny  tkáň: kůže, sval  bukalní stěr  jiné: .....

## Souhlas vyšetřované osoby/zákonného zástupce:

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto poradenství ke genetickému laboratornímu vyšetření a že jsem poskytnuté informace porozuměl/a. Lékařem mi bylo sděleno a vysvětleno následující:

- Účel, povaha, předpokládaný přínos genetického laboratorního vyšetření.
- Možný dopad výsledků genetického vyšetření na mé zdraví, na zdraví mých potomků (budoucích generací) a zdraví geneticky příbuzných osob.
- Rizika neočekávaných nálezů, což jsou nálezy, které nejsou účelem genetického laboratorního vyšetření, přesto je analýza genetické informace zjistí. Neočekávané nálezy lze rozdělit na skupinu nálezů, které mohou mít pro pacienta a osoby s ním geneticky příbuzné závažný dopad. Druhou skupinou jsou nálezy, které se odlišují od nálezů běžných, ale jejich konkrétní dopad na současný a/nebo budoucí zdravotní stav pacienta a geneticky příbuzné osoby nelze na základě současných znalostí stanovit.

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 tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem si vědom/a, že svůj souhlas mohu kdykoliv písemně odvolat.

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

 SOUHLAS SE SKLADOVÁNÍM

Pokud to bude možné a/nebo účelné, bude můj vzorek skladován pro další vyšetření provedená k mému prospěchu a prospěchu mých příbuzných. Před genetickým vyšetřením, které by se provádělo za jinými účely než uvedeno, budu řádně poučen/a a toto vyšetření bude vždy provedeno až s novým informovaným souhlasem. Vzorek bude skladován u poskytovatele zdravotních služeb uvedeného v záhlaví nebo v laboratoři spolupracujícího poskytovatele, a to nejvýše po dobu 50 let.

- Jestliže bude vzorek mého biologického materiálu dále skladován, souhlasím/nesouhlasím s jeho využitím ke kontrole kvality DNA diagnostiky (vzorek je použit jako kontrola pro vyšetření jiného pacienta).
- Souhlasím/Nesouhlasím s anonymním využitím skladovaného biologického materiálu v lékařském výzkumu dědičných onemocnění.

 NESOUHLAS SE SKLADOVÁNÍM

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 že zlikvidování vzorku může vést ke zhoršení dostupnosti diagnostiky u rodinných příslušníků. Jsem si vědom, že pro další genetické testování bude nutný nový odběr materiálu.

## Dále si přeji následující:

- Abych s výsledky genetického laboratorního vyšetření **byl(a)/nebyl(a)** seznámen(a).
- Abych s výsledky neočekávaných nálezů **byl(a)/nebyl(a)** seznámen(a).
- Aby o výsledcích vyšetření a/nebo neočekávaných nálezech byly informovány následující osoby:

- .....
- 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.

V případě neoznačení daných možností Souhlasím/Nesouhlasím, bude postupováno jako v případě souhlasu.

Prohlašuji, že jsem všem údajům a poučením porozuměl/a a souhlasím s odběrem příslušného vzorku z mého těla a provedením výše popsaného genetického laboratorního vyšetření s podmínkami uvedenými výše.

V ..... dne .....

Podpis vyšetřované osoby (zák. zástupce): ..... Jméno lékaře, razítko a podpis: .....