

ŽÁDANKA

Datum odběru:		Čas odběru:
Odběr provedl:		
Žadatel:		Odbornost:
Razítko a podpis:	Štítek:	
PACIENT		
Jméno:		
Pohlaví:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž	
Datum narození:		Číslo pojištěnce (RČ):
Pojišťovna:		Diagnóza:
Bydliště:		Kontakt:
Typ vzorku – materiál:	<input type="checkbox"/> Nesrážlivá krev (heparin)	<input type="checkbox"/> Ejakulát
	<input type="checkbox"/> Nesrážlivá krev (EDTA)	<input type="checkbox"/> Bukální stěr
	<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)	
Vyšetření:	<input type="checkbox"/> Cystická fibróza (34 mutací + Poly T)	<input type="checkbox"/> Preimplantační diagnostika (PGT-A)
	<input type="checkbox"/> Karyotyp	<input type="checkbox"/> Faktor V Leiden (R506Q)
	<input type="checkbox"/> Mutagenese	<input type="checkbox"/> Prothrombin (G20210A)
	<input type="checkbox"/> Celiakie (DQ2, DQ8)	<input type="checkbox"/> GPIa (C807T)
	<input type="checkbox"/> Laktózová intolerance (C/T-13910, G/A-22018)	<input type="checkbox"/> GPIIIa (L33P)
	<input type="checkbox"/> AZF (AZFa, AZFb, AZFc)	<input type="checkbox"/> PAI-1 (4G/5G)
	<input type="checkbox"/> SMA (SMN1, SMN2)	<input type="checkbox"/> Gilbertův syndrom (UGT1A1 TATA box)
	<input type="checkbox"/> Connexin 26 (35delG GJB2)	<input type="checkbox"/> Psoriáza (HLA-C*06)
	<input type="checkbox"/> Ankylozující spondylitida (HLA B*27)	<input type="checkbox"/> Syndrom fragilního X (FRAXA)
	<input type="checkbox"/> Revmatoidní artritida (QKRAA/QRRAA/RRRAAA u HLA-DRB1, rozlišení homo./heterozygotů)	<input type="checkbox"/> Hereditární nádorové syndromy NGS (vyšetření kódujících sekvencí genů ATM, APC, BARD1, BRCA1, BRCA2, BRIP1, CDH1, CHEK2, EPCAM, FAM175A, MLH1, MRE11A, MSH2, MSH6, MUTYH, NBN, PALB2, PIK3CA, PMS2, PMS2CL(1), PTEN, RAD50, RAD51C, RAD51D, STK11, TP53, XRCC2)
<input type="checkbox"/> Jiné.....		
Datum příjmu do laboratoře:		Čas příjmu do laboratoře:

Odběr periferní krve pro stanovení karyotypu/mutagenese provádíme do zkumavky s heparinem, optimální množství 4 - 5ml. Odběr nesrážlivé periferní krve pro jiná genetická vyšetření provádíme do zkumavek EDTA. **SPOLEČNĚ S ŽÁDANKOU VYPLŇTE PROSÍM INFORMOVANÝ SOUHLAS NA DRUHÉ STRANĚ DOKUMENTU.**

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: