

Žádanka pro molekulárně genetická vyšetření lidského genomu

Laboratoř molekulární genetiky: tel. 567 157 753



Pracoviště lékařské genetiky (PLG):

Ambulance klinického 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:	☐ žena ☐ 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 ☐ * FV Leiden (G1691A) ☐ * FII Protrombin (G20210A)	HLA typizace ☐ * HLA-B*27 (Bechtěrevova choroba) ☐ * Celiakie (DQ2, DQ8)	Ostatní vyšetření ☐ Gilbertův sy. (UGT1A1 TATA box) ☐ Hemochromatóza (C282Y, H63D, S65C, E168X)
Farmakogenetika ☐ DPYD	Jiné vyšetření (vypiště)	☐ 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		

* Vyšetření v rozsahu akreditace

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)

☐ Hemochromatóza ☐ Celiakie (DQ2, DQ8)

☐ Uložení DNA/ RNA do banky ☐ M. Bechtěrev HLA –B*27

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 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