

## **Informovaný souhlas s molekulárně genetickým vyšetřením**

Já, \_\_\_\_\_ plné jméno a r.č. a poj.  
Souhlasím/nesouhlasím, aby vzorek DNA, získaný z mých buněk, byl uchován v Centru lékařské genetiky s.r.o.Č. Budějovice a byl vyšetřován na průkaz :

- Mutací genů pro protrombinový faktor (FII), faktor V (Leiden) a MTHFR (folát reduktáza), které mohou být příčinou sklonu ke zvýšenému srážení krve a poruchám plodnosti.
- Ztrát genů (genových delecí) na pohlavním chromozomu Y, které mohou být příčinou snížené plodnosti.
- Mutací genu pro bílkovinu CFTR které mohou být příčinou cystické fibrosy a snížené plodnosti.
- Krev matky k porovnání – amnio PCR

Jsem si vědom(a), že výsledek vyšetření může svědčit pro významné zvýšení nebo snížení pravděpodobnosti nebo průkazu výše uvedených chorob, ale může být i neinformativní. Neinformativní výsledek znamená, že přes veškerá dostupná vyšetření nelze upřesnit výši rizika.

Měl/a jsem dostatek času hovořit o této problematice s níže uvedeným lékařem.

Souhlasím s uschováním své DNA v DNA bance po 1 rok (nebude-li dohodnuto jinak). Po 1 roce bude materiál anonymně zlikvidován v souladu s předpisy akreditované laboratoře.

Dne: \_\_\_\_\_

Podpis pacienta: \_\_\_\_\_

Jméno a podpis informujícího lékaře: \_\_\_\_\_