

INFORMOVANÝ SOUHLAS S LABORATORNÍM GENETICKÝM VYŠETŘENÍM

Příjmení, jméno:

RČ:

Adresa:

Zdrav. pojišťovna:

Souhlasím, aby můj vzorek získaný z mých buněk, buněk plodové vody nebo choriových klků byl vyšetřen v Centru lékařské genetiky Č. Budějovice s.r.o. (dále Centrum) se zaměřením na:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> protrombinový faktor (FII) a faktor V (Leiden) | <input type="checkbox"/> cystickou fibrózu |
| <input type="checkbox"/> predispozici k celiakii/lepkové intoleranci | <input type="checkbox"/> syndrom fragilního X chromozomu |
| <input type="checkbox"/> prenatální vyšetření metodou QF PCR a Array CGH, krev matky k porovnání | <input type="checkbox"/> spinální muskulární atrofii |
| <input type="checkbox"/> DNA banking – izolace a uskladnění DNA | <input type="checkbox"/> mikrodelece chromozomu Y |
| <input type="checkbox"/> Jiné: | <input type="checkbox"/> DNA analýzu metodou Array CGH |
| | <input type="checkbox"/> karyotyp |

.....
.....

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.

Souhlasím s tím, že moje klinické údaje budou použity mým lékařem nebo laboratoří k auditům, ke kontrole kvality vyšetření a vědeckým účelům při zachování anonymity mých osobních údajů.

Potvrzuji svým podpisem, že jsem měl(a) možnost si toto prohlášení podrobně prostudovat a dostatek času hovořit o této problematice s níže uvedeným lékařem.

Moje otázky mi byly srozumitelně zodpovězeny k mé spokojenosti. Prohlašuji, že nemám dalších dotazů, prohlášení jsem dobře pochopil(a) a s provedením testů souhlasím, což níže stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

Přeji si sdělení výsledků svého vyšetření:

 ANO NE

Přeji si sdělení neočekávaných nálezů:

 ANO NE

Souhlasím s uschováním svého vzorku v bance Centra za účelem eventuálního pozdějšího dovyšetření v závislosti na pokroku ve výzkumu v této oblasti a pro další vyšetření provedená k mému prospěchu a prospěchu mých příbuzných:

 ANO NE (vzorek bude po ukončení vyšetření zlikvidován)

Datum a podpis vyšetřovaného:

Datum, jméno a podpis zákonného zástupce (v případě nezletilého dítěte nebo osoby nezpůsobilé

k právním úkonům):

.....

Potvrzuji, že jsem vhodným způsobem poučil(a) vyšetřovaného, jak je výše uvedeno.

Jméno a příjmení lékaře:

Datum a podpis lékaře: