

INFORMOVANÝ SOUHLAS S LABORATORNÍM GENETICKÝM VYŠETŘENÍM

Příjmení:

Jméno:

č. pojištěnce:

Adresa:

Zdrav. pojišťovna:

Souhlasím, aby můj vzorek získaný z mých buněk, buněk plodové vody nebo choriových klků byl vyšetřen se zaměřením na:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> mutace v genech pro FV-Leiden a FII-protrombin | <input type="checkbox"/> syndrom fragilního X chromozomu |
| <input type="checkbox"/> cystickou fibrózu | <input type="checkbox"/> predispozici k celiakii/lepkové intoleranci |
| <input type="checkbox"/> spinální muskulární atrofii | <input type="checkbox"/> prenatalní vyšetření metodou QF PCR a Array CGH, krev matky k porovnání |
| <input type="checkbox"/> mikrodelece chromozomu Y | <input type="checkbox"/> Array CGH |
| <input type="checkbox"/> CLG Carrier Screen | <input type="checkbox"/> karyotyp |
| <input type="checkbox"/> DNA banking – izolace a uskladnění DNA | <input type="checkbox"/> vyšetření metodou FISH |
| <input type="checkbox"/> Jiné: | <input type="checkbox"/> cílené vyšetření genu: |
| | |
| | |

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 mojí 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 lékařské genetiky s.r.o. po dobu 1 roku 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)

V Č. Budějovicích dne

Podpis vyšetřovaného/zákonného zástupce/opatrovníka

Jméno a příjmení zákonného zástupce/opatrovníka:

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

V Č. Budějovicích dne Jméno, razítko a podpis lékaře: