

# SOUHLAS VYŠETŘOVANÉ/HO (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE) S GENETICKÝM LABORATORNÍM VYŠETŘENÍM



Lab In – Institut laboratorní medicíny, s.r.o.  
Blahoslavova 18/5, 360 01 Karlovy Vary  
potrebuji@labin.cz, www.labin.cz  
tel.: 353 311 514

INFOLINKA ZDARMA  
800 183 675  
800 100 590  
800 100 316

Jméno a příjmení vyšetřované/ho: .....

Rodné číslo: .....

Jméno a příjmení zákonného zástupce: .....

Vztah k vyšetřované osobě: .....

Účel genetického laboratorního vyšetření	
<input type="checkbox"/>	Ověření/potvrzení diagnózy nemoci a/nebo vývojové vady:
<input type="checkbox"/>	Zjištění predispozice pro nemoc a/nebo vývojovou vadu:
<input type="checkbox"/>	Zjištění přenašečství pro nemoc a/nebo vývojovou vadu:
<input type="checkbox"/>	K optimalizaci léčby:
<input type="checkbox"/>	Stanovení předpokládané patologie plodu

Alternativy navrhovaného genetického vyšetření (jejich vhodnost, přínos a rizika):

.....  
.....

## Prohlášení vyšetřované osoby

**B. 1. Za výše uvedeným účelem souhlasím s odběrem dále uvedeného vzorku z mého těla a s provedením těchto vyšetření:**

Cytogenetická vyšetření	
<input type="checkbox"/>	Karyotyp (analýza chromosomů)
<input type="checkbox"/>	Jiné
Molekulárně genetická vyšetření	
<input type="checkbox"/>	Vyšetření pro chorobu:
<input type="checkbox"/>	Jiné
Jiná vyšetření	
<input type="checkbox"/>	

Ze vzorku:  periferní krev     plodová voda     CVS (klky)     sliny  
 pupečnicková krev     placenta     tkáň: kůže, sval     jiné .....

**pokračování na další straně**

## B. 2. Souhlas vyšetřované osoby/zákonného zástupce:

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto poradenství ke genetickému laboratornímu vyšetření za účelem jak uvedeno shora 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 (např. zvýšená náchylnost k nádorovým onemocněním nebo nepotvrzení otcovství). Druhou skupinou jsou nálezy, které se odlišují 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 mě dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

## B. 3. 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 v části A., 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.
- **Souhlasím/nesouhlasím\*** s tím, že mohu být znovu kontaktován/a, na adrese uvedené ve zdravotnické dokumentaci, za účelem souhlasu s využitím mého skladovaného biologického materiálu v konkrétním výzkumném projektu.

### 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. Dále jsem si vědom, že pro další genetické testování bude nutný nový odběr materiálu.

## B. 4. 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.

**Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s odběrem příslušného vzorku z mého těla a s provedením výše popsaného genetického laboratorního vyšetření s podmínkami uvedenými výše.**

Jsem si vědom/a, že svůj souhlas mohu kdykoliv písemně odvolat.

Podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce): .....

V ..... Dne: .....

Jméno lékaře: ..... Podpis lékaře:

\* vybranou variantu označte