



INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno vyšetřované osoby:.....

Číslo pojištěnce:.....

A. Prohlášení lékaře

Prohlašuji, že jsem vyšetřované/mu (zákonnému zástupci) jasně a srozumitelně vysvětlil/a účel, povahu, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zařazení do projektu MedPed a navrženého 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 i s možnými riziky a důsledky v případě odmítnutí tohoto vyšetření. Výsledky laboratorního vyšetření budou důvěrné a nebudou bez souhlasu vyšetřované osoby/zákonného zástupce sdělovány třetí straně, pokud platné právní předpisy neurčují jinak.

Jméno lékaře:.....

Datum:..... Razítko a podpis:.....

B. Prohlášení vyšetřované osoby

Prohlašuji, že jsem byl/a srozumitelně poučen/a o projektu MedPed a o účelu navrhovaných vyšetření. Obdržel/a jsem písemnou informaci pro pacienta. Vše mi bylo vysvětleno jasně a srozumitelně. 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 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 s odběrem příslušného vzorku a s provedením navrženého laboratorního vyšetření
 Souhlasím/ **Nesouhlasím.**
- **Přeji/** **Nepřeji** si být informován/a o výsledku laboratorního vyšetření.
- **Přeji si**, aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:.....
- **Souhlasím/** **Nesouhlasím** se zapsáním mé osoby do registru pacientů projektu MedPed.
- **Souhlasím/** **Nesouhlasím**, aby pracovníci projektu MedPed nabídli možnost stejného vyšetření mým příbuzným, které jmenovitě uvedu:.....
- **Souhlasím/** **Nesouhlasím** s uchováním DNA pro účely dalšího vyšetřování v závislosti na pokroku ve výzkumu a v zájmu ostatních členů rodiny. Jsem si vědom/a, že v případě nesouhlasu, již nebude možné výsledek některých vyšetření dodatečně ověřit nebo doplnit a bude nutný nový odběr materiálu.
- **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.

V případě neoznačení daných možností Souhlasím/ Nesouhlasím, bude postupováno jako v případě souhlasu. Jsem si vědom(a), že svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

VDne

Podpis vyšetřované osoby:

(popř. zákonného zástupce)

Jméno zákonného zástupce, rodné číslo: