

ŽÁDANKA – Genetická determinace aterosklerózy a trombofilie DNA ANALÝZA

Genetická laboratoř, Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie Brno, Výstavní 17/19,
603 00 Brno; tel.: 543182546, 18; e-mail: tomas.freiburger@cktch.cz

Pojišťovna		IČP žadatele		Datum odběru		Čas odběru	
Odbornost		Číslo vzorku		Datum příjmu		Čas příjmu	

Jméno a příjmení		Pohlaví	M	Ž	?	Základní diagnóza	
Číslo pojištěnce		Datum narození				Ostatní diagnózy	

- Materiál:** krev
 suchá krevní kapka
 DNA
 ostatní

Razítko a podpis žadatele

- Vyšetření:** familiární defekt apolipoproteinu B-100
 genotypizace apolipoproteinu E
 genetická dispozice k trombofilii gen *faktor V, G1691A* (Leiden)
 gen *prothrombin, G20210A*
 gen *MTHFR, C677T* (A222V)
 gen *MTHFR, A1298C* (E429A)
 genet. vnímavost k účinku warfarinu (polymorfizmy v genech *CYP2C9* a *VKORC1*)
 jiné

Záznamy o provedeném vyšetření:

IČP							
Odbornost							

Datum	Kód	Počet

Komentář:

Razítko laboratoře a podpis

INFORMOVANÝ SOUHLAS

A. Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem vyšetřované/mu (zákonnému zástupci vyšetřované/ho) jasně a srozumitelně vysvětlil/a účel, povahu, předpokládaný prospěch, následky i možná rizika výše uvedeného genetického 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 (zákonného zástupce) 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.

B. Prohlášení vyšetřované/ho (zákonného zástupce) a souhlas s genetickým laboratorním vyšetřením:

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto genetické poradenství ke genetickému laboratornímu vyšetření za účelem, jak uvedeno shora. Vše mi bylo sděleno a 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 potřebné vědět a probrat s ním vše, čemu jsem nerozuměl/a. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

B.1 Dále si přeji následující: (v případě nesouhlasu přeškrtněte podtržený výraz)

Abych s výsledky genetického laboratorního vyšetření: byl(a) seznámen(a)

Aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:

B.2 Rozhodl(a) jsem, že se vzorkem bude po ukončení testování naloženo takto: (vybranou variantu označte)

- Pokud to bude možné, bude můj vzorek skladován pro další analýzu provedenou k mému prospěchu a prospěchu mé rodiny
 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 pro další genetické testování bude nutný nový odběr materiálu

B.3 (v případě nesouhlasu přeškrtněte podtržený výraz)

Souhlasím s anonymním využitím DNA k lékařskému výzkumu.

Souhlasím s uchováním mých osobních údajů v databázi genetiky vyšetřovaných osob.

Jiné:

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s odběrem příslušného vzorku z mého těla a s provedením výše popsaného vyšetření s podmínkami, jak jsem uvedl(a) výše. Jsem si vědom(a), že svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

V Dne

Podpis vyšetřované osoby (popř. zákonného zástupce):

Jméno zákonného zástupce(hůlkovým písmem), rodné číslo: