ŽÁDANKA – Genetická determinace aterosklerózy a trombofilie DNA ANALÝZA

Genetická laboratoř, Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie Brno, Výstavní 17/19, 603 00 Brno; tel.: 543 182 546; e-mail: tomas.freiberger@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
- ☐ panel genů pro FH (NGS)
- ☐ vyšetření varianty u rodinného příslušníka
  RČ probanda:
  gen, varianta:
- ☐ genetická dispozice k trombofilii
  - ☐ gen *faktor V, G1691A* (Leiden)
  - ☐ gen *prothrombin*, *G20210A*
- ☐ 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) jasně a srozumitelně vysvětlil/a účel, povahu, předpokládaný prospěch, následky a 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 i s možnými riziky a důsledky v případě odmítnutí tohoto vyšetření. Výsledky laboratorního vyšetření budou důvěrné a nebudou bez souhlasu vyšetřované osoby sdělovány třetí straně, pokud platné právní předpisy neurčují jinak.

B. Prohlášení vyšetřované osoby

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto genetické poradenství k výše uvedenému genetickému laboratornímu vyšetření. 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.

- ☐ **Přeji/** ☐ **Nepřeji** si být informován/a o výsledku genetického laboratorního vyšetření.
- **Přeji si**, aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:.....
- ☐ **Souhlasím/**☐ **Nesouhlasím** s případným zapsáním mé osoby do registru geneticky vyšetřovaných osob/registru pacientů projektu Medped.
- ☐ **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.

S uvedenými osobními údaji bude zacházeno dle zásad Nařízení GDPR č. 2016/679 a platnými právními předpisy ČR. Zpracovávané údaje budou zabezpečeny tak, aby nemohlo dojít k úniku a zneužití těchto dat nepovolaným osobám.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s odběrem příslušného vzorku a s provedením výše popsaného genetického laboratorního vyšetření. 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**: .....