

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 hereditární transthyretinová amyloidóza [TTR]
-

Záznamy o provedeném vyšetření:

IČP	
Odbornost	

Datum	Kód	Počet

Komentář:

Razítko laboratoře a podpis

Informovaný souhlas je součástí žádanky (vyplňte prosím 2. stranu žádanky)

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

Souhlas vyšetřované/ho (zákonného zástupce) s genetickým laboratorním vyšetřením

Jméno vyšetřované osoby:.....
Číslo pojištění:.....
Molekulárně genetické vyšetření (onemocnění/gen):.....

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 neurčí jinak.

Dne:.....

Jméno lékaře:..... Razítko a podpis:.....

B. Prohlášení vyšetřované osoby

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

- Přeji** / **Nepřeji** si být informován/a o výsledku genetického laboratorního vyšetření.
- Přeji** / **Nepřeji** si být seznámena s případnými neočekávanými medicínskými významnými nálezy, které však nesouvisejí se základní diagnózou mé osoby/ osoby mnou zastupované.
- Přeji si**, aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:
Jméno:..... Adresa:.....
Jméno:..... Adresa:.....
- Souhlasím** / **Nesouhlasím** s případným zapsáním mé osoby do registrů geneticky vyšetřovaných osob.
- 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, k vědeckým a výukovým účelům za podmínky, že tyto údaje budou prezentovány a publikovány pouze v anonymizované či pseudonymizované formě.
- Souhlasím** / **Nesouhlasím** s předáním výše uvedených anonymizovaných či pseudonymizovaných informací o zdravotním stavu k vědeckým a výukovým účelům na Masarykovu univerzitu, Lékařskou fakultou, Kamenice 5, 625 00, Brno, Česká republika, IČ: 00216224.
- Souhlasím** / **Nesouhlasím** s genetickým vyšetřením též pro účely biomedicínského výzkumu spojeného se zdravím a jeho poruchami. V souvislosti s tím může být získaný genetický materiál a/nebo související data obsažená ve zdravotnické dokumentaci a/nebo klinická data vztažená k nalezeným genetickým změnám dále využita pro domácí nebo mezinárodní výzkumné účely, a to výlučně formou anonymizovaných či pseudonymizovaných údajů.

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):..... Číslo pojištění: