



Laboratoř molekulární biologie, SPADIA LAB, a.s. – Diagnostická laboratoř
 Divadelní 2174/27, 741 01 Nový Jičín
 Tel.: 595 539 232, 734 696 565, zelená linka: 800 100 329 www.spadia.cz

Jméno a příjmení		Indikující lékař	
Rodné číslo/ číslo pojištěnce		Odbornost	
Kód pojišťovny		Pohlaví: M Ž	
Adresa			
Diagnóza základní/ostatní			
Datum a čas odběru			

Prosím pozor, vyberte jednu z následujících možností!

- Vyplní lékař:** Vyplněný a podepsaný informovaný souhlas je součástí žádanky.
 Informovaný souhlas je založen v lékařské dokumentaci pacienta.

Materiál

<input type="checkbox"/> ¹ periferní krev (2-5 ml plné krve, EDTA) <input type="checkbox"/> Jiný materiál po dohodě:	<input type="checkbox"/> ² Periferní krev (5-7ml periferní krve do S-Monovette Li-Heparin LH/7,5 ml)
---	--

odběrové soupravy na vyžádání dodá laboratoř

DNA diagnostika - molekulární biologie	Cytogenetika
<input type="checkbox"/> Cystická fibróza – CFTR ¹ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Panel 36 mutací + Tn varianty <input type="checkbox"/> NGS Sekvenace (celá CDS) <input type="checkbox"/> Spinální muskulární atrofie – SMA (SMN1, SMN2) ¹ <input type="checkbox"/> Dědičná hluchota - connexin 26 ¹ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nejčastější mutace c.35delG - přenašečství <input type="checkbox"/> Sekvenace..... <input type="checkbox"/> Mikrodelece Y chromozomu (AZFa, AZFb, AZFc) ¹ <input type="checkbox"/> FRAXA ¹ (mentální retardace; předčasné ovariální selhání) <input type="checkbox"/> Kongenitální adrenální hyperplazie – CAH ¹ <input type="checkbox"/> Faktor V – Leiden (R506Q) ¹ <input type="checkbox"/> Faktor II – Prothrombin (G20210A) ¹ <input type="checkbox"/> SHOX deficit ¹ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> MLPA analýza <input type="checkbox"/> Sekvenace kódující oblasti <input type="checkbox"/> Hypochondroplazie (FGFR3, Exon č. 12) ¹ <input type="checkbox"/> Celiakie (DQ2, DQ8) ¹ <input type="checkbox"/> FSHR – 2 frekventní polymorfizmy (Ex10) ¹ <input type="checkbox"/> GEPARD ¹	<input type="checkbox"/> Stanovení karyotypu z periferní krve ² <input type="checkbox"/> FISH analýza (po předchozí domluvě) ² :..... <input type="checkbox"/> Cytogenetická analýza periferních lymfocytů (CAPL) ²

Izolace DNA	
Skladování DNA	

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

Jméno vyšetřované/ho:..... Rodné číslo:.....

Účel genetického laboratorního vyšetření:
(zjištění přenašečství / predispozice, ověření/potvrzení dg.)

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

Genetické vyšetření z indikace:.....

Ze vzorku: periferní krev tkáň jiné.....

Prohlášení vyšetřované osoby

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto genetické poradenství k výše uvedenému molekulárně-genetickému laboratornímu vyšetření. Vše mi bylo vysvětleno jasně a srozumitelně:

*byla mi sdělena rizika spojená s neočekávanými nálezy, které nejsou účelem genetického laboratorního vyšetření, ale přesto je genetická analýza zjistí.

* *jsem si vědom/vědoma, že výsledek GEPARD vyšetření může svědčit pro významné zvýšení nebo snížení pravděpodobnosti nebo příkazu testovaných chorob, nemůže však přenašečství daných nemocí zcela vyloučit. V případě technických potíží bude laboratoř nucena požádat o nový krevní odběr.*

Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážít, měl/a jsem možnost se lékaře zeptat na vše, co jsem považoval/a za podstatné a probrat s ním vše, čemu jsem nerozuměl/a. Na všechny dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

- **Přeji/nepřeji** si být informován/a o výsledku genetického laboratorního vyšetření.
- **Přeji/nepřeji** si být seznámen/a s neočekávanými nálezy genetického laboratorního vyšetření.
- **Přeji si**, aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:

Jméno: Adresa:

Jméno: Adresa:

- **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.

Souhlas se skladováním

- Před genetickým vyšetřením, které by se provádělo za jinými účely než uvedeno výše, budu řádně poučen/a, a toto vyšetření bude vždy provedeno až s novým informovaným souhlasem. Vzorek bude skladován v laboratoři alespoň po dobu 10 let, nebo dle požadavku lékaře.
 - Jestliže bude vzorek mého biologického materiálu dále skladován, **souhlasím/nesouhlasím** s jeho využitím ke kontrolě kvality DNA diagnostiky (vzorek je použit jako kontrola pro vyšetření jiného pacienta).
 - **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 vědoma, že pro další genetické testování bude nutný nový odběr materiálu.

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

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

Prohlašuji, že jsem všem údajům, poučením a souhlasům, které mi byly sděleny a vysvětleny, porozuměl/a.

V případě neoznačení možnosti (přeji/nepřeji, souhlasím/nesouhlasím) bude postupováno jako při zvolení kladné odpovědi.

V....., dne.....

.....
podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce)

Jméno zákonného zástupce:..... Datum narození:.....

Vztah k vyšetřované osobě:.....

Jméno, razítko a podpis lékaře:.....