

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

Jméno vyšetřované/ho: Rodné číslo:

vyplňuje lékař

Účel genetického laboratorního vyšetření:

- Ověření/potvrzení diagnózy nemoci Zjištění predispozice pro nemoc Zjištění přenašečství pro nemoc
 Zjištění nemoci u plodu

Molekulárně genetická vyšetření pro chorobu:

Ze vzorku: žilní krev plodová voda tkáň sliny Jiné.....

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.

Jméno lékaře:

Razítko a podpis lékaře:

Datum:

B. Prohlášení vyšetřované osoby

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 lékařem zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět a probrat s ním vše, čemu jsem nerozuměl/a. Na ty to mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

Dále si přeji následující: (* vybranou variantu označte)

- **Přeji / nepřeji** * si být informován o výsledku genetického laboratorního vyšetření.
- **Přeji** si, aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:
Jméno a příjmení:
Adresa:
- **Souhlasím/ nesouhlasím** * s případným zapsáním mé osoby do registru nemocných.
- **Souhlasím/ nesouhlasím** * s uchováním své DNA v CGB laboratoři a.s. pro účely další možné analýzy v závislosti na pokroku ve výzkumu, proveden k mému prospěchu a prospěchu mé rodiny. V případě nesouhlasu bude vzorek 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.
- **Souhlasím/ nesouhlasím** * s anonymním využitím DNA k lékařskému výzkumu a zveřejněním získaných výsledků v odborných publikacích.

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

Jsem si vědom, že svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

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

V Podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce).....
Dne

Jméno zákonného zástupce: Rodné číslo:
Vztah k vyšetřované osobě: