

## Oddělení lékařské mikrobiologie, Laboratoř molekulární diagnostiky a cytogenetiky

[genetika.laborator@bnzlin.cz](mailto:genetika.laborator@bnzlin.cz), tel.: 577 553 171

Zdravotnická laboratoř č. 8315 akreditována ČIA dle ČSN EN ISO 15189:2013

### INFORMOVANÝ SOUHLAS S GENETICKÝM LABORATORNÍM VYŠETŘENÍM

Jméno a příjmení vyšetřované/ho: .....

Číslo pojištění: .....

Jméno a příjmení zákonného zástupce: .....

Vztah zákon. zástupce k vyšetřované osobě: .....

**PROSÍME O ZAŠKRTNUTÍ VŽDY NĚKTERÉ Z DANÝCH MOŽNOSTÍ, NENÍ-LI ŽÁDNÁ MOŽNOST ZAŠKRTNUTA, JE FORMULÁŘ NEPOUŽITELNÝ!**

#### A. PROHLÁŠENÍ VYŠETŘOVANÉ OSOBY

**A.1. Za výše uvedeným účelem souhlasím s odběrem dále uvedeného vzorku z mého těla a s provedením těchto vyšetření:**

**Cytogenetické vyšetření\***

Karyotyp (analýza chromozomů - hodnocení vrozených chromozomových aberací)

Hodnocení získaných chromozomových aberací (zlomy)

Fluorescenční *in situ* hybridizace (FISH) – konkrétně: .....

**Molekulárně genetické vyšetření\*** - konkrétně: .....

**Jiné vyšetření\*** - konkrétně: .....

#### Vzorek:\*

žilní krev       tkáň: kůže, sval

jiný – konkrétně: .....

#### A.2. Souhlas vyšetřované osoby/zákonného zástupce:

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto poradenství ke genetickému laboratornímu vyšetření prováděnému za výše uvedeným účelem a že jsem poskytnuté informace porozuměl/a. Lékařem mi bylo sděleno a vysvětleno následující:

- účel, povaha, předpokládaný přínos genetického laboratorního vyšetření
- možný dopad výsledků genetického vyšetření na mé zdraví, na zdraví mých potomků a zdraví geneticky příbuzných osob
- rizika neočekávaných nálezů, což jsou nálezy, které nejsou účelem genetického laboratorního vyšetření, přesto je analýza genetické informace zjistí. Neočekávané nálezy lze rozdělit na skupinu nálezů, které mohou mít pro pacienta a osoby s ním geneticky příbuzné závažný dopad (např. zvýšená náchylnost k nádorovým onemocněním). Druhou skupinou jsou nálezy, které se odlišují od nálezů běžných, ale jejich konkrétní dopad na současný a/nebo budoucí zdravotní stav pacienta a geneticky příbuzné osoby nelze na základě současných znalostí stanovit.

Potvrzuji, že jsem měl/a možnost si vše 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 měl/a jsem možnost s ním probrat vše, čemu jsem nerozuměl/a. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

### A.3. Rozhodl/a jsem, že se vzorkem bude po ukončení testování naloženo takto:

**Souhlasím se skladováním\***

Pokud to bude možné a/nebo účelné, bude můj vzorek skladován pro další vyšetření provedená k mému prospěchu a prospěchu mých příbuzných. Před genetickým vyšetřením, které by se provádělo za jinými účely, než je uvedeno v části A, budu řádně poučen/a a toto vyšetření bude vždy provedeno až s novým informovaným souhlasem. Vzorek bude skladován u poskytovatele zdravotních služeb uvedeného v záhlaví nebo v laboratoři spolupracující s poskytovatelem, a to nejvýše po dobu 50 let.

**Souhlasím**    **nesouhlasím\*** s využitím vzorku ke kontrole kvality DNA diagnostiky (vzorek je použit jako kontrola pro vyšetření jiného pacienta).

**Souhlasím**    **nesouhlasím\*** s anonymním využitím skladovaného biologického materiálu v lékařském výzkumu dědičných onemocnění.

**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.

**Nesouhlasím 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 vědom, že pro další genetické testování bude nutný nový odběr materiálu.

### A.4. Dále si přeji následující:

abych  **byl(a)**    **nebyl(a) seznámen(a)\*** s výsledky genetického laboratorního vyšetření

abych  **byl(a)**    **nebyl(a) seznámen(a)\*** s neočekávanými nálezy genetického laboratorního vyšetření

**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.

aby o **výsledcích vyšetření a/nebo neočekávaných nálezech** byly informovány následující osoby:

.....

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

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

**Ve Zlíně dne:** .....

**Podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce):** .....

**Jméno lékaře:** .....   **Podpis lékaře:** .....

\* vybranou variantu zaškrtněte