VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČO: 00064165, tel.: 224 961 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: **r. č.:**

Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):

Označení zdravotního výkonu (popřípadě několika výkonů):

GENETICKÉ LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Účel vyšetření:

☐ Ověření/potvrzení diagnózy nemoci:

☐ Zjištění predispozice pro nemoc:

☐ Zjištění přenašečství pro nemoc/mutaci:

☐ Zjištění nemoci u plodu:

☐ Jiné:

Předpokládaný prospěch tohoto vyšetření:

Vyšetření se provádí ze vzorku:

☐ žilní krev ☐ jiné:

Typ genetického laboratorního vyšetření:

Molekulárně genetické vyšetření pro chorobu/gen:

☐ faktor V Leiden (FVL G1691A)
☐ HFE protein (HFE H63D a C282Y) *hemochromatóza*
☐ faktor II Protrombin (FII G20210A)
☐ faktor XI (FXI rs2289252)
☐ inhibitor plazminogenového aktivátoru 1 (PAI-1 4G/5G)
☐ Fibrinogen gama (FGG rs2066856)
☐ glykoprotein VI (GPVI T13254C)
☐ ABO systém (rs8176719)
☐ glykoprotein Ia (GPIa C807T)
☐ JAK2 (V617F)
☐ glykoprotein IIIa L33P(HPA1 a/b)
☐ jiné:
☐ cytochrom P450 + podjednotka C1 vitamin K epoxid reduktasy (CYP2C9 C430T a A1075 + VKORC1 C1173T a G1639A) *hypersenzitivita na kumariny*
☐ cytochrom P450 (CYP2C19 G681A a G636A) *rezistence ke Clopidogrelu*

A. Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem vyšetřované/mu (zákonnému zástupci/opatrovníkovi) 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 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/opatrovníka) i s možnými riziky a důsledky v případě odmítnutí tohoto vyšetření. Výsledky laboratorního vyšetření budou důvěrné a nebudou bez souhlasu vyšetřované osoby/zákonného zástupce/opatrovníka sdělovány třetí straně, pokud platné právní předpisy nestanoví jinak.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení: **r. č.:**

B. Prohlášení vyšetřované osoby

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto genetické poradenství ke genetickému laboratornímu vyšetření za účelem shora uvedeným a že jsem poskytnuté informaci porozuměl/a. 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 pro mne za podstatné a potřebné vědět, a probrat s ním vše, čemu jsem nerozuměl/a. Na mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

B.1. Přeji si:

- abych s výsledky genetického laboratorního vyšetření: ☐ **byl/a** ☐ **nebyl/a seznámen/a**;
- abych s výsledky náhodných nálezů, které při analýze mohou nastat: ☐ **byl/a** ☐ **nebyl/a seznámen/a**;
- aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:

_____

_____

_____

- jiné:

B.2. Rozhodl/a jsem, že se vzorkem bude po ukončení testování naloženo takto:

- Pokud to bude možné, bude můj vzorek/vzorky bezplatně skladován/y pro další analýzu provedenou k mému prospěchu a prospěchu mé rodiny, ale vždy budu před dalším vyšetřením poučen/a a nově navrhovaná genetická laboratorní vyšetření budou provedena až s mým aktuálním informovaným souhlasem. ☐ **ano** ☐ **ne**
- Jestliže bude můj vzorek skladován, souhlasím s jeho anonymním využitím při kontrole kvality. ☐ **ano** ☐ **ne**
- Souhlasím s anonymním využitím vzorku k biomedicínskému výzkumu: ☐ **ano** ☐ **ne**
- Jiné:

B.3. Souhlasím:

- 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: ☐ **ano** ☐ **ne**

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s odběrem příslušného vzorku z mého těla a s provedením výše popsaného genetického laboratorního vyšetření s podmínkami, jak jsou uvedeny výše. Jsem si vědom/a, že svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

V Praze dne

....

podpis vyšetřované osoby/zákonného zástupce/opatrovníka jméno, příjmení a podpis lékaře

Jméno zákonného zástupce/opatrovníka:

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Jméno a příjmení:	**r. č.:**
Vztah k vyšetřované osobě: **Poučení: Pro potřeby ostatních subjektů, podílející se na diagnostice, se poskytuje kopie tohoto dokumentu.**	