VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
Ústav lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel. 224 961 111
Sérologická laboratoř ÚLBLD – úsek farmakogenetiky

INFORMOVANÝ SOUHLAS
S LABORATORNÍM VYŠETŘENÍM – Genotypizace TPMT

Jméno a příjmení:	**r.č.:**

Označení zdravotního výkonu:

GENETICKÉ LABORATORNÍ VYŠETŘENÍ

Účel genetického laboratorního vyšetření:
zjištění aktivity TPMT (Thiopurin-Smetyltransferázy)
Předpokládaný prospěch tohoto vyšetření:
odhad rizika nežádoucích toxických účinků při léčbě thiopurinovými léky

A. Prohlášení lékaře

Prohlašuji, že jsem vyšetřované/mu (zákonnému zástupci vyšetřovaného) 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.

Identifikace klinického pracoviště (razítko):

Jméno lékaře: **Podpis:**

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 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 ty to mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou srozumitelnou odpověď.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž jeden obdrží vyšetřovaná osoba (zákonný zástupce) a druhý informující lékař. Pro potřeby ostatních subjektů, podílejících se na diagnostice, se poskytuje (lékařem potvrzená) kopie tohoto dokumentu.

TISKNI OBOUSTRANNĚ!!!

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE
Ústav lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky
U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel. 224 961 111
Sérologická laboratoř ÚLBLD – úsek farmakogenetiky

INFORMOVANÝ SOUHLAS
S LABORATORNÍM VYŠETŘENÍM – Genotypizace TPMT

Jméno a příjmení:	**r.č.:**

B.1 Za účelem výše uvedeným souhlasím s odběrem vzorku žilní krve z mého těla a s provedením molekulárně genetického vyšetření: genotypizace TPMT.

B.2 Dále si přeji následující:
abych s výsledky genetického laboratorního vyšetření : ☐ **byl/a** ☐ **nebyl/a seznámen/a**

aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:.....

B.3 Beru na vědomí, že můj vzorek bude po provedení výše uvedeného genetického laboratorního vyšetření zlikvidován.

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

Podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce):

Jméno zákonného zástupce: **r.č.:**
Vztah k vyšetřované osobě:

V ..... Dne:.....

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž jeden obdrží vyšetřovaná osoba (zákonný zástupce) a druhý informující lékař. Pro potřeby ostatních subjektů, podílejících se na diagnostice, se poskytuje (lékařem potvrzená) kopie tohoto dokumentu.

TISKNI OBOUSTRANNĚ!!!