

**Všeobecná fakultní nemocnice v Praze**

IČ 00064165

128 08 Praha 2, U Nemocnice 2, tel. 224961111

**Informovaný souhlas
s genetickým laboratorním vyšetřením****F-UBLG-10-003****Strana 1 z 2**

Verze číslo: 4

Ústav biologie a lékařské genetiky 1. LF UK a VFN

128 00 Praha 2, Albertov 4

Přednosta: Prof. MUDr. Ondřej Šeda, Ph.D.

Oddělení lékařské genetiky - ambulance

128 00 Praha 2, Ke Karlovu 2, pavilon E1b, II. patro

Primář: MUDr. Jaroslav Kotlas

tel: 2 2496 7171, 2 2496 7175, e-mail: genetika@vfn.cz**Jméno a příjmení:****r. č.:****Bydliště:****Účel genetického laboratorního vyšetření**

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

Předpokládaný prospěch tohoto vyšetření.....**Typ biologického vzorku, který je zapotřebí pro genetické laboratorní vyšetření:**

- žilní krev pupečnicková krev plodová voda placenta bukální stěr tkáň: kůže, sval
- jiný.....

Typ genetického laboratorního vyšetření

- cytogenetické:** Karyotyp (analýza chromosomů).....
- Jiné.....
- molekulárně
genetické:** Vyšetření genu(ů) pro chorobu
- Jiné.....
- jiné:**

A. Prohlášení lékaře

Prohlašuji, že jsem vyšetřovaný/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.

B. Prohlášení vyšetřované osoby

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



Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

IČ 00064165

128 08 Praha 2, U Nemocnice 2, tel. 224961111

F-UBLG-10-003

Strana 2 z 2

Verze číslo: 4

Informovaný souhlas s genetickým laboratorním vyšetřením

B. 1. Za účelem výše uvedeným, souhlasím s odběrem biologického vzorku z mého těla, jak je výše uvedeno, a s provedením výše uvedeného genetického laboratorního vyšetření.

B. 2. Dále si přeji,

- abych s výsledky genetického laboratorního vyšetření : byl(a) nebyl(a) seznámen (a)*
- aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:

.....

B. 3. Rozhodl(a) jsem, že se vzorkem bude po ukončení testování naloženo takto:

a) Pokud to bude možné, bude můj vzorek (vzorky) skladován 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*

V tom případě:

souhlasím nesouhlasím * s anonymním využitím vzorku k lékařskému výzkumu.

b) Můj vzorek (vzorky) bude po provedení genetického laboratorního vyšetření uschován pouze po dobu nezbytně nutnou k ověření výsledku a pak bude zlikvidován s tím rizikem, že pro další genetické testování bude nutný nový odběr materiálu.

ano ne*

Jiné:

* vybrané varianty označte

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 vědoma/vědom, že svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Jméno lékaře:..... Podpis lékaře:

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

V Praze dne:

Jméno zákonného zástupce:..... Rodné číslo:.....

Vztah k vyšetřované osobě:.....

Poučení: Pro potřeby ostatních subjektů, podílejících se na diagnostice, se poskytuje kopie tohoto dokumentu.