



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

Formulář | F-ÚLBLD-IS-Sérologie 01 | strana 1 z 2 | verze 02

INFORMACE A IS VYŠETŘOVANÉHO (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE)

S LABORATONÍM VYŠETŘENÍM – Genotypizace TPMT

Jméno vyšetřované/ho:

Rodné číslo:

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:.....

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.



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

Formulář | F-ÚLBLD-IS-Sérologie 01 | strana 2 z 2 | verze 02

INFORMACE A IS VYŠETŘOVANÉHO (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE) S LABORATORNÍM VYŠETŘENÍM – Genotypizace TPMT

B. Prohlášení vyšetřované osoby

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.

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: Rodné číslo:

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.