



VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE V PRAZE

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

Ústav biologie a lékařské genetiky – Ambulance lékařské genetiky

Ke Karlovu 2, 128 08, Praha 2, tel: 2 2496 7171, 7175, e-mail: genetika@vfn.cz

Formulář | F-UBLG-10-003 | strana 1 z 2 | verze 5

INFORMOVANÝ SOUHLAS

S GENETICKÝM LABORATORNÍM VYŠETŘENÍM

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 bukalní 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 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.

B. Prohlášení vyšetřované osoby

Potvrzuji, 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

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2 | IČ: 00064165, tel.: 224 961 111

Ústav biologie a lékařské genetiky – Ambulance lékařské genetiky

Ke Karlovu 2, 128 08, Praha 2, tel: 2 2496 7171, 7175, e-mail: genetika@vfn.cz

Formulář | F-UBLG-10-003 | strana 2 z 2 | verze 5

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.