Jméno a příjmení vyšetřované(ho):………….……………………………………………………………………………………….…………...

Rodné číslo/číslo pojištěnce/datum narození:……………………………………………………………………………………………..

**Účel genetického laboratorního vyšetření**

**[ ]** Ověření/potvrzení diagnózy nemoci:………………………………………………………………………………………………….....

**[ ]** Zjištění predispozice pro nemoc:..………………………………………………………….............................................................

**[ ]** Zjištění přenašečství pro nemoc:.….……………………………………………………………………………………………………....

**[ ]** Zjištění nemoci u plodu:………………………………………………………………………………………………………………………..

**Předpokládaný prospěch tohoto vyšetření…………………………………………………………………………...**

Pokud máte zájem, abychom Vás seznámili s výsledky genetického vyšetření, uvedeme Vám možné dopady na vaše zdraví. Chceme Vás upozornit, že výsledky mohou přinést neočekávané nálezy pro Vás a Vaše geneticky příbuzné osoby. Může se jednat o nálezy, které nejsou účelem genetického laboratorního vyšetření, ale provedená analýza tyto informace zjistí. Tyto nálezy mohou mít pro pacienta a osoby s ním příbuzné závažný dopad (např. nepotvrzené otcovství). Dále se může jednat o nálezy, které se odlišují od nálezů běžných, ale jejich dopad na aktuální či budoucí zdravotní stav pacienta a geneticky příbuzné osoby nelze na základě současných znalostí stanovit. Výsledky mohou napovědět i možná rizika pro zdraví budoucích generací. Tyto informace Vám předá a blíže vysvětlí Váš ošetřující lékař a máte též možnost tyto výsledky konzultovat s lékařem z oboru lékařské genetiky.

**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.

Jméno a příjmení lékaře:…………………….…………………………………………………………………………………………………………

Podpis: ………………………………… Dne………………..

**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 odpověď.

**B. 1 Za účelem výše uvedeným souhlasím s odběrem dále uvedeného vzorku z mého těla a s provedením těchto vyšetření:**

**Cytogenetická vyšetření:**

**[ ]** Karyotyp (analýza chromosomů)

**[ ]** Jiné……………………………………………………………………………………………

**Molekulárně genetická vyšetření:**

**[ ]** Vyšetření pro chorobu:………….….…………………………………………………………

**[ ]** Jiné.……………………………………………………………………………………………

**Jiná vyšetření:**

**[ ]** ……………………………………………………………………………….……………….

**Ze vzorku:**

**[ ]** žilní krev **[ ]** pupečníková krev **[ ]** plodová voda **[ ]** placenta **[ ]** sliny **[ ]** tkáň: kůže, sval

**[ ]** Jiné.…………………………………………………………………………………………...

**B. 2 Dále si přeji následující:**

**[ ]** Abych s výsledky genetického laboratorního vyšetření: **[ ]** byl(a) / **[ ]** nebyl(a) seznámen(a) (vybranou variantu označte)

**[ ]** Aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:

…………………………………………………………………………………….........................

**[ ]** Souhlasím **[ ]** Nesouhlasím (vybranou variantu označte) s případným zapsáním mé osoby do registru nemocných s chorobou: ……………………………………………………………..

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

**[ ]** 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 poučena
a nově navrhovaná genetická laboratorní vyšetření budou provedena až s mým aktuálním informovaným souhlasem.

**[ ]** Můj vzorek (vzorky) bude po provedení genetického laboratorního vyšetření zlikvidován
s tím rizikem, že nebude již možné v budoucnosti výsledek vyšetření v případě potřeby znovu ověřit
a pro další genetické testování bude nutný nový odběr materiálu.

**[ ]** Souhlasím s anonymním využitím DNA k lékařskému výzkumu

**[ ]** Nesouhlasím s anonymním využitím DNA k lékařskému výzkumu

**[ ]** Jiné: …………………………………………………………………………………………….

**Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s odběrem příslušného vzorku z mého těla
a s provedením výše popsaného genetického laboratorního vyšetření s podmínkami uvedenými výše.**

Jsem si vědom(a), že svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

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

**V ……………………. Dne………………….**

Jméno a příjmení zákonného zástupce: …………………………… datum narození:………………………….....

Vztah k vyšetřované osobě: ………………………………………………

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.