

# Žádanka pro molekulárně genetická vyšetření lidského genomu



Laboratoř molekulární genetiky: tel. 567 157 753  
Zdravotnická laboratoř č. 8314 akreditovaná ČIA dle normy ČSN EN ISO 15189:2013

**Pracoviště lékařské genetiky (PLG):**  
Ambulance klinické genetiky: MUDr. Rastislav Beharka,  
**objednávání pacientů každý čtvrtek 7.00-15.30 hod - tel. 567 157 583**

Nemocnice Jihlava, příspěvková organizace  
OKBMI - oddělení klinické biochemie, mikrobiologie a imunologie  
Vrchlického 59, 586 33 Jihlava, [www.nemji.cz](http://www.nemji.cz)



Příjmení a jméno:	<input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž	Laboratorní číslo:
Číslo pojištěnce:	Datum narození:	
Bydliště:		Datum a čas odběru:
Zdravotní pojišťovna:	Kontakt:	Odebírající osoba:
Diagnóza základní/ostatní:	IČZ odesílatele:	Razítko a podpis:
<b>Žádanka pro molekulárně genetická vyšetření lidského genomu je platná jenom s vyplněným a podepsaným INFORMOVANÝM SOUHLASEM → vyplňte 2. stranu!!!</b>		

Druh materiálu:  nesrážlivá krev EDTA (2 ml)  jiný .....

<b>Predispozice k žilním trombózám</b> <input type="checkbox"/> FV Leiden (G1691A) <input type="checkbox"/> FII Protrombin (G20210A)	<b>HLA typizace</b> <input type="checkbox"/> HLA-B*27 (Bechtěrevova choroba) <input type="checkbox"/> Celiakie (DQ2, DQ8)	<b>Ostatní vyšetření</b> <input type="checkbox"/> Gilbertův sy. (UGT1A1 TATA box) <input type="checkbox"/> Hemochromatóza (C282Y, H63D, S65C, E168X)
<b>Farmakogenetika</b> <input type="checkbox"/> DPYD	<b>Jiné vyšetření (vypiště)</b>	<input type="checkbox"/> Uložení DNA do banky
Laboratoř molekulární genetiky <a href="mailto:sedinovam@nemji.cz">sedinovam@nemji.cz</a>		Tel. 567 157 753
Pracoviště lékařské genetiky-ambulance <a href="mailto:beharkar@nemji.cz">beharkar@nemji.cz</a>		Tel. 567 157 583

Aktuální rozsah akreditace dostupný na [www.cai.cz](http://www.cai.cz)

# Informovaný souhlas s genetickým laboratorním vyšetřením

Příjmení a jméno vyšetřované/ho ..... Číslo pojištění.....  
Příjmení a jméno zákonného zástupce ..... Číslo pojištění.....  
Vztah k vyšetřované osobě  Matka  Otec  Jiný.....

**Účel genetického laboratorního vyšetření**.....  
(ověření/potvrzení dg., zjištění predispozice, přenašečství atd.)

## Molekulárně genetická vyšetření:

Trombofilní mutace:  FV Leiden (G1691A)  Protrombin (G20210A)  
 Hemochromatóza  Celiakie (DQ2, DQ8)  
 Uložení DNA/ RNA do banky  M. Bechtěrev HLA –B\*27

**Ze vzorku:**  Žilní krev  Jiné:.....

## Prohlášení lékaře

*Prohlašuji, že jsem vyšetřovanému/né (zákonnému zástupci vyšetřované/ho) 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.*

*Poučil/a jsem vyšetřované/ho/nou o tom, že genetické vyšetření a interpretace výsledků jsou limitovány technickými možnostmi a stavem znalostí dané doby, a že existuje riziko neočekávaných a obtížně interpretovatelných nálezů.*

*Výsledky laboratorního vyšetření budou důvěrné a nebudou bez souhlasu vyšetřované osoby/zákonného zástupce sdělovány třetí straně, pokud platné právní předpisy neurčují jinak.*

Jméno lékaře/odbornost:..... V .....Dne ..... 20.....

Podpis: .....

**Dopad na zdraví, včetně zdraví budoucích generací, pro pacienta a geneticky příbuzné osoby:**  
výsledek genetického vyšetření může potvrdit klinickou diagnosu onemocnění na molekulárně genetické úrovni, může objasnit typ dědičnosti vyšetřovaného onemocnění a doporučit u vybraných příbuzných pacienta preventivní genetické vyšetření.

**Přeji si následující (vyplňuje vyšetřovaná osoba – pacient, proband, klient ...):**

Abych s výsledky genetického laboratorního vyšetření:  **Byl/a**  **Nebyl/a seznámen/a**

Aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:

Identifikační údaje informované osoby .....  Lékař požadující vyšetření  
 Informace sdělit jenom mně a já předám informaci ošetřujícímu lékaři/rodině.

**Souhlasím**  **Nesouhlasím ze zasláním výsledku genetického vyšetření do NIS Nemocnice Jihlava**

**Rozhodl/a jsem, že se vzorkem bude po ukončení testování naloženo takto:**

**Souhlasím se skladováním vzorku**

- 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.**

**Nesouhlasím se skladováním vzorku**

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

**Souhlasím s -**  **Nesouhlasím s anonymním využitím DNA k lék. výzkumu a/nebo ke kontrole kvality**

- DNA diagnostiky v Laboratoři molekulární genetiky  Jiné: .....

## Prohlášení vyšetřované osoby

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto poradenství ke genetickému laboratornímu vyšetření za účelem, jak je výše uvedeno. 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 zeptat lékaře na vše, co jsem považoval/a pro mne za podstatné a potřebné vědět a probrat s ním vše, čemu jsem nerozuměl/a. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. 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 jsou uvedeny výše. Jsem si vědom/a, že svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

V ..... Dne ..... 20.....

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

*V případě, že se pacient (zákonný zástupce) nemůže ze zdravotních důvodů podepsat:*

*Důvod:..... Způsob projevu souhlasu:.....*

*Svědék:.....*

*jméno a příjmení*

*podpis*