

**Souhlas vyšetřované/ho (zákonného zástupce) s genetickým laboratorním vyšetřením****Údaje o vyšetřované osobě:**

Jméno a příjmení:.....

R.č.:.....

Pojišťovna:.....

U nezletilých osob či osob omezených či zbavených způsobilosti k právním úkonům: vyplní zákonný zástupce vyšetřované osoby nebo svědek, který byl přítomen projevu souhlasu. (nemůže-li se vyšetřovaná osoba podepsat):

Jméno a příjmení:.....R.č.:.....

Bydliště:.....Vztah k vyšetřovanému:.....

Důvody, pro něž vyšetřovaný/(á) nemohl/(a) souhlas podepsat:

Cíl, povaha a postup výkonu: jedná se o laboratorní vyšetření, při kterém se zjišťuje, jakou variantou účinného genu je vyšetřovaná osoba vybavena. Materiál k vyšetření se většinou získává odběrem malého množství žilní krve.

Očekávaný přínos výkonu: Potvrzení geneticky podmíněné choroby, přednášечství genu pro určitou chorobu nebo zjištění genetické predispozice k chorobě.

Rizika a komplikace výkonu: Jediným rizikem je odběr krve ze žíly, nejčastější komplikací je hematoma (modřina) v místě vpichu. Trombóza (sražení krve) žíly je po odběru krve vzácná.

Omezení po provedeném výkonu: Po odběru krve je nutno místo vpichu několik minut mačkat prsty druhé ruky k zabránění vzniku hematoma.

Alternativní možnosti výkonu: Genetické vyšetření nemá alternativu. Materiál pouze pro některá genetická vyšetření lze získat stěrem ústní sliznice, je ho ale výrazně méně, než ze žilní krve.

Doplňující otázky pacienta:**A. Prohlášení lékaře, který podal informace o vyšetření pacientovi (zákonnému zástupci)**

Prohlašuji, že jsem vyšetřované/mu (zákonnému zástupci vyšetřovaného) jasně a srozumitelně vysvětlil/a účel, povahu, předpokládaný prospěch, následky i možná rizika níže uvedeného genetického laboratorního vyšetření. Rovněž jsem vyšetřovanou osobu seznámil/a s možnými výsledky a s důsledky toho, že by vyšetření nebylo možno za níže 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 lékaře.....

Podpis.....

Dne.....

**B. Prohlášení vyšetřované osoby**

Potvrzuji, že mi byly poskytnuty informace ke genetickému laboratornímu vyšetření za účelem uvedeným v odstavci C. 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 tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

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

Molekulárně genetická vyšetření: € Vyšetření pro chorobu.....

€ Jiné.....

Jiná vyšetření: €

Ze vzorku: € žilní krev € jiné.....

D. Rozhodl/a jsem se, 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 budou před dalším vyšetřením poučena a nově navrhovaná genetická laboratorní vyšetření budou provedena až s mým aktuálním informovaným souhlasem.
- € Souhlasím s anonymním využitím mé DNA/RNA k lékařskému výzkumu a stím, aby výsledky vyšetření včetně informací o mém zdravotním stavu zjištěné v souvislosti s tímto výzkumem mohly být bez uvedení jména a dalších identifikačních údajů použité pro prezentaci v odborných vědeckých kruzích či v odborných časopisech.
- € Můj vzorek (vzorky) bude po provedení laboratorního genetického 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.
- € 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.....