

ŽÁDANKA PRO GENETICKÉ VYŠETŘENÍ

LIČ:

KLIENT

Jméno: Příjmení: Pohlaví: žena/muž

Číslo pojištěnce:

Informovaný souhlas pacienta:

Pojišťovna:

Samoplátce: ANO

Podpis:

Kontakt/adresa:

PRIMÁRNÍ VZOREK

periferní krev v EDTA* bukalní stěr

jiné.....

*** fialová vakueta, nesražená periferní krev**

Datum odběru:

Čas odběru:

LABORATORNÍ TESTY

HEMOKOAGULACE

- Trombotest/Leidenská mutace
- Trombotest/mutace Protrombinu
- Trombotest/MTHFR C667T
- Trombotest/MTHFR A1298C
- Rozšířený trombotest/ 8 mutací

POTRAVINOVÉ INTOLERANCE

- Laktózová intolerance
- Céliakie/stanovení vybraných alel HLA systému asociovaných s rozvojem celiakální sprue
- Gen TNF SF15 (IBS dráždivý tračník)
- Histaminová intolerance (6x vyšetření DAO)

PREDISPOZICE PRO CIVILIZAČNÍ CHOROBY

- Ateroskleróza
- Alzheimerova choroba
- Kardiovaskulární onemocnění

SPECIALIZOVANÁ VYŠETŘENÍ

- Dědičné predispozice pro melanom
- Bechtěrevova nemoc/ stanovení přítomnosti antigenu HLA B27

JINÁ VYŠETŘENÍ

- Gen Apo E samostatně
- Gen COMT
- Gen NQO1
- Gen NRF2
- Gen IFITM3 (virová onemocnění)

LABORATOŘ

Vzorek přijal:

Datum/čas:

Podpis:

JINÉ VYŠETŘENÍ:

Souhlas s genetickým laboratorním vyšetřením pro samoplátce

Jméno a příjmení vyšetřované/ho:

Rodné číslo:

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Vztah k vyšetřované osobě:

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

Souhlas se skladováním

Pokud to bude možné a/nebo účelné, bude můj vzorek skladován pro další vyšetření provedená k mému prospěchu a prospěchu mých příbuzných. Před genetickým vyšetřením, které by se provádělo za jinými účely než uvedeno v části A., budu řádně poučen/a a toto vyšetření bude vždy provedeno až s novým informovaným souhlasem. Vzorek bude skladován u poskytovatele zdravotních služeb uvedeného v záhlaví nebo v laboratoři spolupracujícího poskytovatele a to nejvýše po dobu 50 let.

- Jestliže bude vzorek mého biologického materiálu dále skladován, **souhlasím/nesouhlasím** s jeho využitím ke kontrole kvality DNA diagnostiky (vzorek je použit jako kontrola pro vyšetření jiného pacienta).
- **Souhlasím/nesouhlasím*** s anonymním využitím skladovaného biologického materiálu v lékařském výzkumu dědičných onemocnění.
- **Souhlasím/nesouhlasím*** s tím, že mohu být znovu kontaktován/a, na adrese uvedené ve zdravotnické dokumentaci, za účelem souhlasu s využitím mého skladovaného biologického materiálu v konkrétním výzkumném projektu.

Nesouhlas se skladováním

Můj vzorek bude po provedení genetického laboratorního vyšetření zlikvidován max. po 15 měsících od data doručení do laboratoře s tím rizikem, že nebude již možné v budoucnosti výsledek vyšetření v případě potřeby znovu ověřit a že zlikvidování vzorku může vést ke zhoršení dostupnosti diagnostiky u rodinných příslušníků. Dále jsem si vědom, že pro další genetické testování bude nutný nový odběr materiálu.

B. 4. Dále si přeji následující:

- Abych s výsledky genetického laboratorního vyšetření : **byl(a) / nebyl(a) seznámen(a)***
- Abych s výsledky neočekávaných nálezů **byl(a)/nebyl(a) seznámen(a) ***
- Aby o **výsledcích vyšetření a/nebo neočekávaných nálezech*** byly informovány následující osoby:
.....
- **Souhlasím/ nesouhlasím*** s využitím výsledků genetického laboratorního vyšetření a relevantních informací o mém zdravotním stavu, včetně fotodokumentace, k vědeckým a výukovým účelům za podmínky, že tyto údaje budou prezentovány a publikovány pouze v anonymní formě.

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 písemně odvolat.

Podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce)

V

Dne

* vybranou variantu označte