



**D2. MOLEKULÁRNĚ GENETICKÁ VYŠETŘENÍ**

- VYŠETŘENÍ *MIKRODELECÍ Y*  
 VYŠETŘENÍ *MUTACÍ V CFTR GENU*  
 VYŠETŘENÍ *TROMBOFILNÍCH MUTACÍ*  PROTROMBIN  LEIDEN  MTHFR  PAI1  
 VYŠETŘENÍ METODOU *MICROARRAY CGH*  
 VYŠETŘENÍ QF-PCR NA ANEUPLOIDIE CHROMOZÓMŮ  
 JINÉ .....

**ZE VZORKU**

- ŽILNÍ KREV  PUPEČNÍKOVÁ KREV  PLODOVÁ VODA  PLACENTA  
 BUKÁLNÍ STĚR  TKÁŇ, KŮŽE, SVAL  .....

**E. PROHLÁŠENÍ VYŠETŘOVANÉ OSOBY**

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

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

PODPIS VYŠETŘOVANÉ OSOBY  
(ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE) .....

DATUM .....

JMÉNO ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE .....

ČÍSLO POJIŠTĚNCE

VZTAH K VYŠETŘOVANÉ OSOBE .....

/RODNÉ ČÍSLO .....

*Tento informovaný nesouhlas 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.*