

# SOUHLAS VYŠETŘOVANÉ/HO (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE) S GENETICKÝM LABORATORNÍM VYŠETŘENÍM

## A. OSOBNÍ DATA VYŠETŘOVANÉ/HO

PŘÍJMENÍ A JMÉNO .....

 ČÍSLO POJIŠTĚNCE  
RODNÉ ČÍSLO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## B. ÚČEL GENETICKÉHO LABORATORNÍHO VYŠETŘENÍ

- VYLOUČENÍ/POTVRZENÍ GENETICKÉ ZÁTĚŽE PLODU  
 VYLOUČENÍ GENETICKÉ ZÁTĚŽE ZPŮSOBUJÍCÍ STERILITU  
 VYLOUČENÍ GENETICKÉ ZÁTĚŽE DÁRCE GAMET  
 ZJIŠTĚNÍ MOŽNÉ PREDISPOZICE PRO VYBRANÁ ONEMOCNĚNÍ  
 OVĚŘENÍ PŘENAŠEČSTVÍ  
 OVĚŘENÍ DIAGNÓZY  
 JINÉ: .....

## C. PROHLÁŠENÍ LÉKAŘE

Prohlašuji, že jsem vyšetřovanému (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.

 MUDr. Kamila Světnicová

DATUM .....

 .....

PODPIS LÉKAŘE .....

## D. PROHLÁŠENÍ VYŠETŘOVANÉ OSOBY

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto genetické poradenství ke genetickému laboratornímu vyšetření za účelem jak je 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 lékařem 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.

V případě, že jsem již v minulosti absolvoval/a některé z uvedených vyšetření a na tuto skutečnost jsem v době podpisu tohoto souhlasu lékaře neupozornil/a, uhradím cenu za uvedené vyšetření dle aktuálního ceníku laboratoře.

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

### D1. CYTOGENETICKÁ VYŠETŘENÍ

KARYOTYP (ANALÝZA CHROMOZÓMŮ)     FISH-GONOZÓMY     JINÉ .....

### D2. MOLEKULÁRNĚ GENETICKÁ VYŠETŘENÍ

VYŠETŘENÍ MUTACÍ V CFTR GENU  
 VYŠETŘENÍ TROMBOFILNÍCH MUTACÍ     PROTROMBIN     LEIDEN     MTHFR     PAI1  
 VYŠETŘENÍ METODOU MICROARRAY CGH     SMA

**D2. MOLEKULÁRNĚ GENETICKÁ VYŠETŘENÍ**
 VYŠETŘENÍ QF-PCR NA ANEUPLOIDIE CHROMOZÓMŮ 13, 18, 21, X A Y

 JINÉ .....

**D3. ZE VZORKU**
 ŽILNÍ KREV     PUPEČNÍKOVÁ KREV     PLODOVÁ VODA     PLACENTA

 BUKÁLNÍ STĚR     TKÁŇ, KŮŽE, SVAL     JINÉ .....

**E. DÁLE SI PŘEJI NÁSLEDUJÍCÍ:**
 ABYCH S VÝSLEDKY GENETICKÉHO LABORATORNÍHO VYŠETŘENÍ BYL(A) SEZNÁMEN(A)

 ABY O VÝLEDKU VYŠETŘENÍ BYLY INFORMOVÁNY NÁSLEDUJÍCÍ OSOBY:

 S PŘÍPADNÝM ZAPSÁNÍM MÉ OSOBY DO REGISTRU: .....  SOUHLASÍM     NESOUHLASÍM

**F. ROZHODL(A) JSEM, ŽE SE VZORKEM BUDE PO UKONČENÍ TESTOVÁNÍ NALOŽENO TAKTO:**
 Pokud to bude možné, bude můj vzorek DNA skladován 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.

*Laboratoř si vyhrazuje právo uchovávat primární vzorky v souladu s platnými interními předpisy, které jsou v souladu s legislativou platnou v ČR.*

V opačném případě vzorek 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.

**G. GDPR (OBECNÉ NAŘÍZENÍ O OCHRANĚ OSOBNÍCH ÚDAJŮ)**
 Souhlasím, aby pracoviště GENvia, s.r.o. využilo mnou poskytnuté osobní a zdravotní údaje pro interní evidenci a správné stanovení výsledků výše uvedených vyšetření, včetně následné interpretace. Při shromažďování a zpracování osobních údajů bude dodrženo Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů. Osobní údaje budou zpracovávat zaměstnanci pracoviště GENvia, s.r.o. a mohou být poskytnuty příslušné zdravotní pojišťovně, indikujícímu lékaři, na vyžádání i oprávněným dozorovým orgánům (např. ČIA nebo SÚKL), případně orgánům státní správy (např. ÚOOÚ nebo FÚ).

**Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím 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 souhlas mohu kdykoliv odvolat.

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

DATUM .....

JMÉNO ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE .....

ČÍSLO POJIŠTĚNCE

VZTAH K VYŠETŘOVANÉ OSOBE .....

/RODNÉ ČÍSLO .....

*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.*