

NESOUHLAS 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 TROMBOEMBOLICKOU NEMOC
 OVĚŘENÍ PŘENAŠEČSTVÍ
 OVĚŘENÍ DIAGNÓZY
 JINÉ:

C. PROHLÁŠENÍ LÉKAŘE

Prohlašuji, že jsem vyšetřované/mu (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 Veselá, Ph.D.

DATUM

 MUDr. Kamila Světnicová

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 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.

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

D1. CYTOGENETICKÁ VYŠETŘENÍ

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

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
/RODNÉ ČÍSLO

VZTAH K VYŠETŘOVANÉ OSOBE

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.