



Oddělení molekulární endokrinologie

Endokrinologický ústav

Vedoucí odd.: Mgr. Josef Včelák

Národní třída 8, 11694 Praha 1

Tel.: +420 224905265, Fax: +420 224905325

Garant: RNDr. Běla Bendlová, CSc.

IČP: 01393003 ODB: 816

http://www.endo.cz

Žádost o genetické laboratorní vyšetření

Jméno pacienta:

Rodné číslo: Zdravotní pojišťovna:

Trvalé bydliště:

Účel genetického laboratorního vyšetření:

V případě potřeby zaznamenání (nákres) rodokmenu a dalších osobních údajů o příbuzných pokračujte prosím z druhé strany listu.

Diagnóza:

Gen:

Vzorek: žilní krev zamražená tkáň FNAB
 vyizolovaná DNA parafinový bloček jiné:

Jméno lékaře:

Pracoviště:

IČP: Odbornost:

Datum odběru: **Podpis lékaře a razítko:**

INFORMACE PRO LÉKAŘE:

Odběr krve na izolaci genomové DNA: Odebrat nesrážlivě - zkumavky s EDTA (!! ne heparin !!), důkladně promíchat. Dodat do Endokrinologického ústavu do 7 dnů po odběru, nezražené, skladované do transportu v lednici při +4°C. Jinak zamraďte krev na -20°C a transportujte ve zraženém stavu.

Odběr ostatního materiálu: nutné podmínky odběru a transportu domluvit předem s laboratoří.

Údaje laboratoře:

Datum přijetí materiálu do laboratoře:

Číslo DNA:

Číslo GreyFox:

INFORMOVANÝ SOUHLAS

A. Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem vyšetřované/mu (zákonnému zástupci vyšetřované/ho) 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.

B. Prohlášení vyšetřované/ho (zákonného zástupce) a souhlas s genetickým laboratorním vyšetřením:

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

B.1 Dále si přeji následující:

(vybranou variantu označte)

Abych s výsledky genetického laboratorního vyšetření: **byl(a) / nebyl(a) seznámen(a)**

Aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:

B.2 Rozhodl(a) jsem, že se vzorkem bude po ukončení testování naloženo takto:

(vybranou variantu označte)

Pokud to bude možné, bude můj vzorek skladován pro další analýzu provedenou k mému prospěchu a prospěchu mé rodiny

Můj 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

B.3 Souhlasím / nesouhlasím s anonymním využitím DNA k lékařskému výzkumu

Jiné:

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s odběrem příslušného vzorku z mého těla a s provedením výše popsaného vyšetření s podmínkami, jak jsem uvedl(a) výše. Jsem si vědom(a), že svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

V Dne

Podpis vyšetřované osoby:

(popř. zákonného zástupce)

Jméno zákonného zástupce, rodné číslo: