



## Oddělení molekulární endokrinologie Laboratorní komplement Endokrinologického ústavu

Endokrinologický ústav, Národní 8, 11694 Praha 1, <http://www.endo.cz>

Vedoucí: Mgr. Josef Včelák, email: [jvcelak@endo.cz](mailto:jvcelak@endo.cz)

tel.: +420 224 905 262, 265

IČP: 01393003 ODB: 816

Vyhrazeno pro štítek Odběrového boxu

## Žádost o genetické laboratorní vyšetření

Jméno pacienta: ..... Datum narození: ..... Pohlaví: .....

Číslo pojištěnce: ..... Zdravotní pojišťovna: ..... Dg: .....

Trvalé bydliště: .....

**Účel vyšetření:**  potvrzení / ověření diagnózy / prognózy nemoci: .....

zjištění přenašečství (uvedte jméno příbuzného s dg.): .....

**Požadované vyšetření:**  MEN2, MTC (*RET proto-onkogen*)  PTC  
 MEN1, MEN4 (*geny MEN1, CDKN1B*)  Cancer Panel  
 gen *CaSR*  Monogenní obezita  
 Hirschsprungova choroba  Graves-Basedowova choroba  
 gen *APOE* - polymorfismus ( $\epsilon 2, \epsilon 3, \epsilon 4$ )  jiné: .....

**Primární vzorek:**  žilní krev  zamražená tkáň  FNAB  
 parafinový bloček  jiné:

**Z důvodu interpretace výsledků klinickým genetikem prosíme o zaslání lékařské zprávy.**

Pracoviště lékaře: .....

Jméno lékaře: ..... Odbornost: .....

IČP: .....

**Podpis lékaře a razítko:** .....

Svým podpisem stvrzuji Prohlášení lékaře (bod A. Informovaného souhlasu na druhé straně žádanky).

### **INFORMACE PRO ODBĚROVÉ MÍSTO:**

**Odběr žilní krve na izolaci genomové DNA:** Odebrat *nesrážlivě do zkumavky s EDTA (!! ne heparin !!)*, důkladně promíchat.

Dodat do Endokrinologického ústavu do 7 dnů po odběru, nezmražené, skladované do transportu v lednici při +4°C.

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

**Ke vzorkům tkání přiložit kopii patologické zprávy.**

**Datum odběru:** .....

Vyhrazeno pro údaje laboratoře

Datum přijetí materiálu  
do laboratoře:

Číslo žádanky, kód DNA:

**% OTOČIT %  
BEZ VYPLNĚNÍ INFORMOVANÉHO  
SOUHLASU NA DRUHÉ STRANĚ  
JE ŽÁDANKA NEPLATNÁ**

# 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 byly lékařem poskytnuty informace k tomuto genetickému laboratornímu vyšetření za účelem, jak uvedeno na první straně žádanky. 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.

### **B.1 Přeji si následující:**

Abych s výsledky genetického laboratorního vyšetření (vybranou variantu zřetelně podtrhněte):

**byl(a) / nebyl(a) seznámen(a)**

Aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:

### **B.2 Dále souhlasím s těmito body:**

Souhlasím s uskladněním odebraného biologického materiálu a z něho vyzolovaných nukleových kyselin na Oddělení molekulární endokrinologie Endokrinologického ústavu.

Pokud to bude možné, souhlasím s tím, že bude můj vzorek skladován pro další analýzu provedenou k mému prospěchu a prospěchu mé rodiny dle žádosti mého ošetřujícího lékaře v budoucnu.

Souhlasím s anonymizovaným využitím vzorku k lékařskému výzkumu, i v případě mezinárodní spolupráce.

**V případě nesouhlasu s některým z těchto bodů jej výrazně přeškrtněte nebo svůj nesouhlas blíže specifikujte:**

**Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s odběrem příslušného vzorku z mého těla a s provedením výše popsaného genetického 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: .....