EUC Laboratoře CGB a.s., Českobratrská 3321/46, Moravská Ostrava, 702 00 Ostrava
IČ 25386735
Tel. 595 700 160 – 163, 177, 595 700 990 – 99
www.euclaboratore.cz

Souhlas s genetickým laboratorním vyšetřením embrya nebo plodu

Jméno a příjmení vyšetřované:……
Rodné číslo:……..

Jméno a příjmení zákonného zástupce:……
Vztah k vyšetřované osobě:……..

A. Účel genetického laboratorního vyšetření

- ☐ Preimplantační diagnostika: ……
- ☐ Ověření/potvrzení diagnózy nemoci a/nebo vývojové vady: ……..
- ☐ Zjištění predispozice pro nemoc a/nebo vývojovou vadu:…….....
- ☐ K optimalizaci léčby: …….....

Alternativy navrhovaného genetického vyšetření (jejich vhodnost, přínos a rizika):

……

B. PROHLÁŠENÍ VYŠETŘOVANÉ OSOBY

B. 1. Za výše uvedeným účelem souhlasím s odběrem dále uvedeného vzorku a s provedením těchto vyšetření:

Cytogenetická vyšetření:

- ☐ Karyotyp (analýza chromosomů)
- ☐ Jiné……

Molekulárně genetická vyšetření:

- ☐ Vyšetření pro chorobu:……...
- ☐ QF-PCR vyšetření pro stanovení numerických aberací chromosomů 13, 18, 21, X a Y
- ☐ Vyšetření cirkulující fetální DNA v krvi matky pro onemocnění:……
- ☐ FISH vyšetření pro stanovení numerických aberací chromosomů 13, 21
- ☐ FISH vyšetření pro stanovení numerických aberací chromosomů 18, X, Y
- ☐ Jiné……..

Jiná vyšetření:

- ☐ ……

Ze vzorku:

- ☐ Blastomera
- ☐ Plodová voda
- ☐ Placenta
- ☐ Pupečníková krev
- ☐ Tkáň plodu: kůže, sval
- ☐ Periferní krev matky
- ☐ Jiné……..

B. 2. Souhlas vyšetřované osoby/zákonného zástupce:

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto genetické poradenství ke genetickému laboratornímu vyšetření za účelem jak uvedeno Shora, a že jsem poskytnuté informaci porozuměla. Lékařem mi bylo sděleno a vysvětleno následující:

- Účel, povaha, předpokládaný přínos genetického laboratorního vyšetření
- Možný dopad výsledků genetického vyšetření na zdraví mých potomků (budoucích generací), na mé zdraví a zdraví geneticky příbuzných osob.

- Rizika neočekávaných nálezů, což jsou nálezy, které nejsou účelem genetického laboratorního vyšetření, přesto je analýza genetické informace zjistí. Neočekávané nálezy lze rozdělit na skupinu nálezů, které mohou mít pro pacienta a osoby s ním geneticky příbuzné závažný dopad (např. zvýšená náchylnost k nádorovým onemocněním nebo nepotvrzení otcovství). Druhou skupinou jsou nálezy, které se odlišují nálezů běžných, ale jejich konkrétní dopad na současný a/nebo budoucí zdravotní stav pacienta a geneticky příbuzné osoby nelze na základě současných znalostí stanovit.

Měla jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měla jsem možnost se lékaře zeptat na vše, co jsem považovala za pro mne podstatné a potřebné vědět a probrat s ním vše, čemu jsem nerozuměla. Na ty to mé dotazy jsem dostala jasnou a srozumitelnou odpověď.

B. 3. Rozhodla jsem, že se vzorkem bude po ukončení testování naloženo takto:

Souhlas se skladováním

- ☐ Pokud to bude možné a/nebo účelné, bude vzorek skladován pro další vyšetření provedená k mému prospěchu a prospěchu mých příbuzných. Před genetickým vyšetřením, které by se provádělo za jinými účely, než uvedeno v části A., budu řádně poučena a toto vyšetření bude vždy provedeno až s novým informovaným souhlasem. Vzorek bude skladován u poskytovatele zdravotních služeb uvedeného v záhlaví nebo v laboratoři spolupracujícího poskytovatele, a to nejvýše po dobu50 let.
    - Jestliže bude vzorek mého biologického materiálu dále skladován, **souhlasím/nesouhlasím** s jeho využitím ke kontrole kvality DNA diagnostiky (vzorek je použit jako kontrola při vyšetření jiných rodinných příslušníků nebo při vyšetřeních jiných pacientů).
    - **Souhlasím/nesouhlasím** s anonymním využitím skladovaného biologického materiálu v lékařském výzkumudědičných onemocnění s tím, že mohu být znovu kontaktována, na adrese uvedené ve zdravotnické dokumentaci
    - **Souhlasím/nesouhlasím** dokumentaci, za účelem souhlasu s využitím mého skladovaného biologického materiálu v konkrétním výzkumném projektu.

Nesouhlas se skladováním

- ☐ 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 že zlikvidování vzorku může vést ke zhoršení dostupnosti diagnostiky u rodinných příslušníků. Dále jsem si vědom, že pro další genetické testování bude nutný nový odběr materiálu.

B. 4. Dále si přeji následující:

- Abych s výsledky genetického laboratorního vyšetření: **byla/ nebyla seznámena***
- Abych s výsledky neočekávaných nálezů **byla/nebyla seznámena**
- Aby o **výsledcích vyšetření a/nebo neočekávaných nálezech** byly informovány následující osoby:

…….....
.

- **Souhlasím/ nesouhlasím *** s využitím výsledků genetického laboratorního vyšetření a relevantních informací o zdravotním stavu,včetně fotodokumentace, k vědeckým a výukovým účelům za podmínky, že tyto údaje budou prezentovány a publikovány pouze v anonymní formě.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s odběrem příslušného vzorku a s provedením výše popsaného genetického laboratorního vyšetření s podmínkami uvedenými výše. Jsem si vědoma, že svůj souhlas mohu kdykoliv písemně odvolat.

Podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce)……

V …… **Dne……..……...**

Jméno lékaře: ……..……..

Podpis: …….……

***** vybranou variantu označte