**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

Jméno a příjmení vyšetřované/ho: ……

Rodné číslo: ……..

Jméno a příjmení zákonného zástupce: ……

Vztah k vyšetřované osobě: ……..

## A. Účel genetického laboratorního vyšetření

- ☐ Ověření/potvrzení diagnózy nemoci a/nebo vývojové vady: ……
- ☐ Zjištění predispozice pro nemoc a/nebo vývojovou vadu: ……
- ☐ Zjištění přenašečství 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 z mého těla a s provedením těchto vyšetření:**

**Cytogenetické vyšetření:**

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

**Molekulárně genetická vyšetření:**

- ☐ Vyšetření pro chorobu: ……
- ☐ Jiné ……

**Jiná vyšetření:**

- ☐ ……

**Ze vzorku:**

- ☐ žilní krev
- ☐ sliny
- ☐ tkáň: kůže, sval
- ☐ Jiné……

**B. 2. Souhlas vyšetřované osoby/zákonného zástupce:**

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

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

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 ty to mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

**B. 3. Rozhodl/a jsem, že se vzorkem bude po ukončení testování naloženo takto:**

**Souhlas se skladováním**

☐ Pokud to bude možné a/nebo účelné, bude můj 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 poučen/a 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 dobu 50 let.

☐ Jestliže bude vzorek mého biologického materiálu dále skladován, **souhlasím/nesouhlasím** s jeho využitím
ke kontrole kvality DNA diagnostiky (vzorek je použit jako kontrola pro vyšetření jiného pacienta).

☐ **Souhlasím/nesouhlasím** s anonymním využitím skladovaného biologického materiálu v lékařském výzkumu dědičných onemocnění.

☐ **Souhlasím/nesouhlasím** s tím, že mohu být znovu kontaktován/a, na adrese uvedené ve zdravotnické 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: **byl(a) / nebyl(a) seznámen (a)***
- Abych s výsledky neočekávaných nálezů **byl(a)/nebyl(a) seznámen(a)**
- Aby o **výsledcích vyšetření a/nebo neočekávaných nálezech** byly informovány následující osoby:

…….....

☐ **Souhlasím/ nesouhlasím *** s využitím výsledků genetického laboratorního vyšetření a relevantních informací mém 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 z mého těla a s provedením výše popsaného**
**genetického laboratorního vyšetření s podmínkami uvedenými výše.** Jsem si vědom/a, že svůj souhlas mohu kdykoliv písemně odvolat.

**Podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce) …….**

**V ……..** **Dne ……**

Jméno lékaře: ……

Podpis: ……..

***** vybranou variantu označte