



GHC GENETICS



Laboratoře lékařské genetiky

## INFORMOVANÝ SOUHLAS VYŠETŘOVANÉ/HO (zákonného zástupce) S GENETICKÝM LABORATORNÍM VYŠETŘENÍM A S POSKYTNUTÍM/ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ

### OSOBNÍ DATA VYŠETŘOVANÉHO:

Jméno a příjmení:

Číslo pojištěnce  
(rod. č.):

### ÚČEL GENETICKÉHO LABORATORNÍHO VYŠETŘENÍ:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ověření/potvrzení diagnózy | <input type="checkbox"/> Zjištění přenašečství    |
| <input type="checkbox"/> Zjištění predispozice      | <input type="checkbox"/> Zjištění poruchy u plodu |

### PŘEDPOKLÁDANÝ PROSPĚCH TOHOTO VYŠETŘENÍ:

Znalost příčiny genetického onemocnění může vést k upřesnění diagnózy, možnosti léčby a předcházení možných komplikací. V případě zjištění nemoci u plodu se rodiče mohou rozhodnout o narození nebo nenarození dítěte s genetickým onemocněním. Při zjištění predispozice pro nemoc je navrženo sledování specialisty k odhalení onemocnění v časném stádiu.

### ALTERNATIVY TOHOTO VYŠETŘENÍ:

Není.

### MOŽNÁ OMEZENÍ V OBVYKLÉM ZPŮSOBU ŽIVOTA A V PRACOVNÍ SCHOPNOSTI PO POSKYTNUTÍ VYŠETŘENÍ, PŘÍPADNÉ ZMĚNY ZDRAVOTNÍ ZPŮSOBILOSTI:

Po odběru biologického materiálu z žilní krve je nutné řídit se pokyny zdravotnického pracovníka a po doporučenou dobu vyčkat v čekárně. Přes dodržení všech obvyklých postupů může nastat situace, že vyšetření bude nutné opakovat. Výsledek vyšetření může být pro vyšetřovaného stresující.

### DOPAD VYŠETŘENÍ NA ZDRAVÍ OSOBY, VČETNĚ ZDRAVÍ BUDOUCÍCH GENERACÍ, INFORMACE O RIZICÍCH NEOČEKÁVANÝCH NÁLEZŮ PRO VYŠETŘOVANÉHO A GENETICKY PŘÍBUZNÉ OSOBY:

- Pozitivní výsledek genetické analýzy může ovlivnit pacienta i další členy rodiny v riziku.
- Zjištění tzv. neočekávaných nálezů, které mohou mít pro pacienta a osoby s ním geneticky příbuzné závažný dopad (např. zjištění přenašečství některých genetických onemocnění nebo nepotvrzení otcovství).
- Zjištění nálezů, které se odlišují od nálezů běžných, ale jejich konkrétní dopad na současný a/nebo budoucí zdravotní stav pacienta a geneticky příbuzné osoby nelze na základě současných znalostí stanovit.

### POVAHA VYŠETŘENÍ:

Vyšetření biologického materiálu ke zjištění geneticky podmíněných onemocnění.

### ÚDAJ O LÉČEBNÉM REŽIMU A PREVENTIVNÍCH OPATŘENÍCH, KTERÁ JSOU VHDNÁ, A O POSKYTNUTÍ DALŠÍCH ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB:

- |                                |  |  |
|--------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> žádné | <input type="checkbox"/> klidový režim | <input type="checkbox"/> dle doporučení lékaře |
|--------------------------------|--|--|

### MOŽNÁ RIZIKA A NÁSLEDKY VYŠETŘENÍ:

Běžná rizika spojená s odběrem biologického materiálu, zejména hematomy, infekce, reakce na dezinfekci.

### Za účelem shora uvedeným souhlasím s odběrem dále uvedeného vzorku z mého těla a s provedením těchto vyšetření:

Cytogenetická  
vyšetření:

Molekulárně  
genetická vyšetření:

Jiná vyšetření:

- Ze vzorku:
- |                                       |  |  |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Žilní krev   | <input type="checkbox"/> Plodová voda  | <input type="checkbox"/> Pupečnická krev |
| <input type="checkbox"/> Bukální stěr | <input type="checkbox"/> Choriová tkáň |  |
| <input type="checkbox"/> Jiné:        | <input type="text"/>                   |  |

Vyšetřovaný je povinen před provedením genetického laboratorního vyšetření informovat lékaře o případných alergických reakcích a závažných onemocněních, pro které se vyšetřovaná osoba léčí.

## RYŠETŘOVANÝ PROJEVIL NÁSLEDUJÍCÍ ŽÁDOST: \*vybranou variantu označte

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

Aby o výsledku vyšetření byla informována následující osoba:

Souhlasí /  nesouhlasí\* s případným zapsáním mé osoby do příslušného registru nemocných chorobou.

## RYŠETŘOVANÝ SE ROZHODL, ŽE SE VZORKEM DNA BUDE PO UKONČENÍ TESTOVÁNÍ NALOŽENO TAKTO:

Pokud to bude možné, bude můj vzorek (vzorky) skladován pro další analýzu provedenou k mému prospěchu a prospěchu mé rodiny, ale vždy budu před dalším vyšetřením poučen/a a nově navrhovaná genetická laboratorní vyšetření budou provedena až s mým aktuálním informovaným souhlasem.

Můj vzorek (vzorky) 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.

Nesouhlasím s anonymním využitím DNA k lékařskému výzkumu.

Souhlasím s anonymním využitím DNA k lékařskému výzkumu.

Jiné:

## 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.

Jméno lékaře

Datum

Podpis a razítko lékaře

Pro potřeby ostatních subjektů, podílejících se na diagnostice, se poskytuje (lékařem potvrzená) kopie tohoto dokumentu.

## PROHLÁŠENÍ VYŠETŘOVANÉ OSOBY:

Prohlašuji, že mi bylo poskytnuto poučení o genetickém laboratorním vyšetření výše uvedeného typu. Byl mi jasně a srozumitelně vysvětlen účel, povaha, přínos a rizika tohoto vyšetření, jeho případné alternativy, a byl mi poskytnut dostatek času a informací pro porozumění všem podstatným a potřebným údajům. Pokud jsem měl(a) jakékoliv dotazy, bylo mi před podpisem tohoto informovaného souhlasu umožněno klást doplňující otázky, a to osobní, telefonickou či elektronickou cestou.

Jsem si vědom(a), že na základě výsledků mé genetické analýzy může být doporučena změna životního stylu a častější lékařské kontroly než doposud.

Jsem si vědom(a), že negativní výsledek genetického laboratorního vyšetření nezaručuje, že se onemocnění neprojeví na mém zdraví nebo na zdraví budoucích generací, neboť jsem si vědom(a), že k propuknutí těchto chorob přispívají i další faktory /genetickým laboratorním vyšetřením nezjistitelné a ze strany správce neovlivnitelné (např. životní styl).

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že genetické laboratorní vyšetření může být provedeno jiným pracovníkem než tím, kterým mi bylo poskytnuto poučení a informace o genetickém laboratorním vyšetření.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s odběrem výše specifikovaného vzorku biologického materiálu. Prohlašuji, že si nejsem vědom(a), že by výše uvedené nyní indikované genetické vyšetření bylo u mne již v minulosti provedeno. Nezamlčuji žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na volbu a provedení genetického vyšetření/genetického laboratorního vyšetření nebo by mohly ohrozit jiné osoby.

Datum

Jméno  
zákonného zástupce

Vztah k vyšetřované  
osobě

Podpis vyšetřované osoby  
(zákonného zástupce)



GHC GENETICS

**GHC GENETICS s.r.o.,**

Krakovská 8, 110 00 Praha 1,  
IČ: 28188535

**Bezplatná linka +420 800 390 390,**  
info@ghcgenetics.cz

Akreditované podle ČSN EN ISO 15189:2013  
pod číslem 8124,  
Certifikované podle ČSN EN ISO 9001:2015,  
ČSN EN ISO/IEC 27001:2006  
**www.ghcgenetics.cz**



**LLG**

Laboratoře lékařské genetiky

**Laboratoře lékařské genetiky s.r.o.**

K Olšině 193, 530 09 Pardubice,  
Na Biřičce 360, 500 08 Hradec Králové,  
IČ:03909689

**Tel.: +420 466 611 203,**  
info@genetikapardubice.cz,  
Akreditované podle ČSN EN ISO 15189:2013  
pod číslem 8080  
**www.genetikapardubice.cz**

