



## ÚSTAV DĚDIČNÝCH METABOLICKÝCH PORUCH

Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a  
1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy  
Přednosta: prof. MUDr. Viktor Kožich, CSc.  
Ke Karlovu 455/2, 128 08 Praha 2  
Telefony: 224 96 7167 (sekretariát přednosta)  
224 96 7710 (sekretariát ústavu)  
[www.udmp.cz](http://www.udmp.cz)



### **Informovaný souhlas s odběrem a vyšetřením bioptických vzorků tkání pro vědecké účely**

#### **Vyšetřovaná osoba**

**Jméno:** .....

**Příjmení:** .....

**Datum narození/rodné číslo:** .....

#### **A) Prohlášení lékaře:**

Prohlašuji, že jsem vyšetřované osobě / zákonnému zástupci podrobně vysvětlil(a) účel, způsob a předpokládaný prospěch odběru tkání a laboratorního vyšetření odebraných vzorků tkání.

Výsledky laboratorního vyšetření budou důvěrné a nebudou bez souhlasu vyšetřované osoby / zákonného zástupce sdělovány třetí straně.

Jméno informujícího.....

Datum:..... Podpis:.....

#### **B) Prohlášení vyšetřované osoby\* / zákonného zástupce\*:**

Potvrzuji, že jsem byl(a) podrobně seznámen(a) s účelem, způsobem a předpokládaným prospěchem z odběru tkání a laboratorního vyšetření odebraných vzorků tkání.

Informace mi byla poskytnuta jasně a srozumitelně.

Měl(a) jsem možnost si své rozhodnutí v poskytnutém čase dostatečně zvážit a zeptat se na vše, co jsem potřeboval(a) vědět.

Souhlasím s tím, že:

1. odebrané vzorky budou využity pro vědecké studium příčin rozvoje onemocnění vyšetřované osoby a to včetně vyšetření DNA a RNA;

2. odebrané vzorky budou uchovány v tkáňové bance (maximálně 50 let) a při zajištění ochrany osobních údajů budou použity v rámci řešení projektů v oblasti výzkumu základního onemocnění vyšetřované osoby, ale i pro další studie týkající se jiných, zejména však dědičných metabolických onemocnění;
3. výsledky výzkumu včetně odpovídajících informací o zdravotním stavu vyšetřované osoby, zjištěné v souvislosti s tímto výzkumem, mohou být bez uvedení jména a dalších identifikačních údajů použité pro diskusi a případnou dokumentaci v odborných vědeckých kruzích či časopisech, a také pro výuku a tvorbu výukových materiálů.

Přeji si, abych s výsledky výzkumu, které lze využít při diagnostice nebo léčbě byl(a) / nebyl(a)\* seznámen(a).

Přeji si, aby s výsledky tohoto výzkumu byly seznámeny následující osoby:

.....

**Na základě tohoto poučení prohlašuji, že dávám dobrovolně souhlas s odběrem vzorků tkání a vyšetřením vzorků tkání pro účely vědeckého výzkumu za podmínek uvedených výše.**

**Jsem si vědom(a), že svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.**

Podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce):.....

V ..... Datum:.....

**Jméno zákonného zástupce:**

.....

Rodné číslo: .....Vztah k vyšetřované osobě: .....

**Jméno svědka:** .....

V ..... Datum:.....Podpis:.....

\* nehodící se škrtněte