



Klinika dětského a dorostového lékařství
Diagnostické laboratoře dědičných metabolických poruch

Všeobecné fakultní nemocnice v Praze a
1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy
Přednosta: doc. MUDr. Tomáš Honzík, Ph.D.
Ke Karlovu 455/2, 128 08 Praha 2
Tel.: 224 96 7710 (sekretariát DMP)
Fax.: 224 96 7081 (sekretariát DMP)



www.vfn.cz

Souhlas s genetickým laboratorním vyšetřením embrya nebo plodu

Jméno a příjmení vyšetřované:.....

Rodné číslo:.....

Jméno a příjmení zákonného zástupce (u nezletilé matky):.....

Vztah k vyšetřované osobě:.....

A. Účel genetického laboratorního vyšetření

Preimplantační diagnostika:.....

Ověření/potvrzení diagnózy geneticky podmíněné nemoci a/nebo vývojové vady:
.....

Stanovení míry 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:.....
 QFPCR vyšetření pro stanovení anomálií chromozomů 13, 18, 21, X a Y
 Vyšetření cirkulující fetální DNA v krvi matky pro onemocnění:.....
 Jiné.....

Jiná vyšetření:

-

Ze vzorku:

- blastomera plodová voda placenta pupečnicková 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 informace 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. Rozhodl (a) 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 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 při vyšetření jiných rodinných příslušníků nebo při vyšetření jiných pacientů).
 - **Souhlasím/nesouhlasím*** s anonymním využitím skladovaného biologického materiálu v lékařském výzkumu dědičných onemocnění.
 - **Souhlasím/nesouhlasím*** s tím, že mohu být znovu kontaktována, 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 : **byla/nebyla seznámena***
- Abych s výsledky neochekávaných 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, ke vědeckým a výukovým účelům za podmínky, že tyto údaje budou prezentovány a publikovány pouze vanonymně.

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 vědom, že svůj souhlas mohu kdykoliv písemně odvolat.

Podpis vyšetřované osoby:

Podpis zákonného zástupce (u nezletilé matky) V

..... Dne.....

Jméno lékaře:..... Podpis:.....

* vybranou variantu označte