



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



Informovaný souhlas s odběrem a s vyšetřením nekroptických vzorků tkání pro vědecké účely

Vyšetřovaná osoba

Jméno:

Příjmení:

Datum narození/rodné číslo:

A) Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem osobě blízké 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 osoby blízké sdělovány třetí straně.

Jméno informujícího.....

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

B) Prohlášení osoby blízké:

Potvrzuji, že jsem byl(a) podrobně seznámen(a) s účelem, způsobem a předpokládaným prospěchem z odběru tkání během pitvy a laboratorního vyšetření odebraných vzorků tkání.
Informace mi byla poskytnuta jasně a srozumitelně.
Měl(a) jsem možnost si své rozhodnutí v dostatečně poskytnutém čase 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.

Jméno osoby blízké:

.....

Rodné číslo:Vztah k vyšetřované osobě:

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

Jméno svědka:

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

* nehodící se škrtněte