

Úplné označení pracoviště:.....

## **Souhlas s použitím vzorků/dat z novorozeneckého screeningu**

Jméno a příjmení vyšetřované/ho:.....

Rodné číslo:.....

Jméno a příjmení zákonného zástupce:.....

Vztah k vyšetřované osobě:.....

V Biochemické laboratoři Diagnostických laboratoří dědičných metabolických poruch KDDL Všeobecné fakultní nemocnice v Praze se provádí v rámci tzv. selektivního screeningu vyšetření vzorků pacientů, u kterých je podezření na dědičnou metabolickou poruchu. Jde o vyšetření pacientů, u kterých již byl obvykle proveden novorozenecký screening. V některých případech jsou to pacienti, u kterých není pro selektivní screening k dispozici žádný validně hodnotitelný materiál a hrozí nebezpečí z prodlení. V těchto případech lze na žádost ošetřujícího lékaře pacienta a po souhlasu zákonného zástupce dítěte použít materiál dříve zaslaný do Diagnostických laboratoří DMP KDDL na novorozenecký screening, a/nebo vrátit se k výstupům z původní analýzy a zjistit data, která mohou mít vztah k současnému zdravotnímu stavu dítěte.

### **Navržený postup:**

biochemická vyšetření ze suché krevní kapky odebrané v rámci novorozeneckého screeningu rozšířená analýza dat z novorozeneckého screeningu

### **Souhlas zákonného zástupce:**

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto vysvětlení k výše uvedenému postupu a že jsem poskytnuté informace porozuměl/a. Lékařem mi byl sdělen a vysvětlen účel, povaha, předpokládaný přínos a rizika provedení i odmítnutí navrhovaného postupu.

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 tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

**Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s provedením výše uvedeného postupu.**

**Podpis zákonného zástupce.....**

**V ..... Dne.....**

Jméno lékaře:..... Podpis lékaře: .....

