FertiCare
a GeneraLife clinic

FertiCare SE
provozovna Karlovy Vary:
Bělehradská 1042/14
360 01 Karlovy Vary
IČO 01386620

Laboratoř lékařské genetiky
Tel: +420 353 433 964
Web: www.genetikakv.cz
E-mail: info@ferticare.cz

Číslo karty	**Souhlas vyšetřované/ho (zákonného zástupce) s genetickým laboratorním vyšetřením**	Laboratorní číslo vzorku

Příjmení a jméno vyšetřované/ ho	**Rodné číslo/ datum narození**

Účel genetického laboratorního vyšetření:
□ Ověření/potvrzení diagnózy nemoci □ Zjištění predispozice pro nemoc □ Zjištění přenašečství pro nemoc
□ Zjištění nemoci u plodu □ Jiné……

Prohlášení vyšetřované osoby:
Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto genetické poradenství ke genetickému laboratornímu vyšetření, že jsem poskytnuté informaci porozuměl/a. Lékař mi sdělil a vysvětlil účel, povahu a předpokládaný přínos genetického laboratorního vyšetření, možný dopad výsledků na mé zdraví, na zdraví mých potomků a zdraví geneticky příbuzných osob.
Dále mě seznámil s možností neočekávaných nálezů, které nejsou účelem genetického laboratorního vyšetření, přesto je provedené vyšetření odhalí. Neočekávané nálezy mohou mít pro pacienta a s ním geneticky příbuzné osoby závažný dopad nebo jejich konkrétní klinický dopad dle současných znalostí zatím stanovit nelze.
Vše mi bylo sděleno a vysvětleno jasně a srozumitelně. 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.

Souhlasím s provedením následujících vyšetření:

Cytogenetické vyšetření ☐ Karyotyp ☐ FISH ☐ ArrayCGH ☐ Jiné……..

Molekulárně genetické vyšetření ☐ Vyšetření pro chorobu ……..

Jiná vyšetření ☐ Jiné……..

ze vzorku:

☐ Periferní krev ☐ Plodová voda ☐ Blastomera ☐ Placenta ☐ CVS (klky)
☐ Bukální stěr ☐ Tkáň; kůže, sval ☐ Ejakulát ☐ Pupečníková krev ☐ Jiné……

Dále si přeji následující:
□ Být / □ Nebýt informován/a o výsledku genetického laboratorního vyšetření
□ Být/ □ Nebýt informován/a o neočekávaných nálezech
□ Výsledky a/nebo neočekávané nálezy mého vyšetření smějí být sděleny následujícím osobám:

……

Rozhodl/a jsem se, že se vzorkem po ukončení testování bude naloženo takto:
□ **Souhlasím** / □ **Nesouhlasím** s uchováním své DNA v laboratoři pro účely další možné analýzy v závislosti na pokroku ve výzkumu, provedené k mému prospěchu a prospěchu mé rodiny. V případě nesouhlasu bude vzorek zlikvidován s tím rizikem, že nebude již možné v budoucnu výsledek vyšetření v případě potřeby znovu ověřit a pro další genetické testování bude nutný nový odběr materiálu.
□ **Souhlasím** / □ **Nesouhlasím** s anonymním využitím DNA k lékařskému výzkumu nebo jako referenčního vzorku (vzorek bude použit jako kontrola pro vyšetření jiného pacienta)
□ **Souhlasím** / □ **Nesouhlasím** s možností zveřejnění anonymních výsledků v odborných publikacích

Prohlašuji, že jsem všem údajům a poučením porozuměl/a a souhlasím s odběrem potřebného vzorku z mého těla a provedením výše popsaného genetického laboratorního vyšetření s podmínkami uvedenými výše.

V..... dne..... **Podpis vyšetřované osoby:** .....
(zákonného zástupce)

Jméno a RČ zákonného zástupce: ..... Vztah k vyšetřované osobě: .....

Jméno lékaře, razítko, podpis: .....