

Číslo karty	Souhlas vyšetřované/ho (zákonného zástupce) s genetickým laboratorním vyšetřením		
Příjmení a jméno vyšetřované/ ho		Rodné číslo/ datum narození	
Účel genetického laboratorního vyšetření: <input type="checkbox"/> Ověření/potvrzení diagnózy nemoci <input type="checkbox"/> Zjištění predispozice pro nemoc <input type="checkbox"/> Zjištění přenašečství pro nemoc <input type="checkbox"/> Zjištění nemoci u plodu <input type="checkbox"/> Jiné.....			
Prohlášení vyšetřované osoby: Potvzuji, že mi bylo poskytnuto genetické poradenství ke genetickému laboratornímu vyšetření, že jsem poskytnuté informace 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: <i>Cytogenetické vyšetření</i> <input type="checkbox"/> Karyotyp <input type="checkbox"/> FISH <input type="checkbox"/> ArrayCGH <input type="checkbox"/> Jiné..... <i>Molekulárně genetické vyšetření</i> <input type="checkbox"/> Vyšetření pro chorobu <i>Jiná vyšetření</i> <input type="checkbox"/> Jiné.....			
ze vzorku: <input type="checkbox"/> Periferní krev <input type="checkbox"/> Plodová voda <input type="checkbox"/> CVS (klky) <input type="checkbox"/> Pupečnicková krev <input type="checkbox"/> Bukální stěr <input type="checkbox"/> Tkáň; kůže, sval <input type="checkbox"/> Ejakulát <input type="checkbox"/> Jiné.....			
Dále si přeji následující: <input type="checkbox"/> Být / <input type="checkbox"/> Nebýt informován/a o výsledku genetického laboratorního vyšetření <input type="checkbox"/> Být/ <input type="checkbox"/> Nebýt informován/a o neočekávaných nálezech <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> Souhlasím / <input type="checkbox"/> 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 materiálů. <input type="checkbox"/> Souhlasím / <input type="checkbox"/> Nesouhlasím s anonymním využitím DNA k lékařskému výzkumu nebo jako referenčního vzorku (vzorek bude použit jako kontrola pro vyšetření jiného pacienta) <input type="checkbox"/> Souhlasím / <input type="checkbox"/> 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 pracoviště, podpis: