

**Laboratoře Oddělení lékařské genetiky**

Zdravotnická laboratoř č. 8207 akreditovaná ČIA dle normy ČSN EN ISO 15189 : 2013  
tel.: 532234490

**Informovaný souhlas**

Příjmení a jméno: .....

Číslo pojištěnce: .....

Datum narození: .....

Bydliště: ..... kód ZP: .....

Příjmení a jméno zákonného zástupce: .....

matka    otec    jiný.....

**Laboratoře Oddělení lékařské genetiky FN Brno**

Plánovaná zdravotní služba: **genetická konzultace, genetické vyšetření**

**Prohlašuji, že jsem četl přílohu,** která je nedílnou součástí tohoto informovaného souhlasu a že mi bylo zdravotnickým pracovníkem **sděleno a vysvětleno:**

- účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotních služeb,
- zda navrhované zdravotní služby mají nějakou alternativu a zda existuje možnost zvolit si jednu z alternativ,
- možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí příslušných zdravotních služeb a případné změny zdravotní způsobilosti,
- údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a o poskytnutí dalších zdravotních služeb,
- dopad na zdraví, včetně zdraví budoucích generací, rizika neočekávaných nálezů pro pacienta a geneticky příbuzné osoby

V případě, že jsem zákonný zástupce nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly poskytnuty v přiměřeném rozsahu a formě též pacientovi.

Byl(a) jsem poučen(a) o svém právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb. Vše mi bylo sděleno a vysvětleno jasně a srozumitelně. Poté, co jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co pokládám za podstatné a potřebné a probrat s ním vše, čemu jsem nerozuměl/a. Moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny jasně a srozumitelně. Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit.

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto genetické poradenství ke genetickému laboratornímu vyšetření (viz příloha).

Prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a), považuji mé poučení za dostatečné a na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací **souhlasím s provedením uvedené zdravotní služby.**

Jsem si vědom, že svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Příjmení a jméno:

Tento informovaný souhlas je vyhotoven 1x pro vyšetřujícího lékaře OLG do zdravotní dokumentace. Pro potřebu ostatních subjektů, podílejících se na diagnostice, se poskytuje (lékařem potvrzená) kopie tohoto dokumentu, pro vyšetřovanou osobu se poskytuje kopie tohoto souhlasu na její žádost.

V Brně dne: ..... čas: .....

podpisy: .....  
pacient / zákonný zástupce

### Prohlášení lékaře

Prohlašuji, že jsem vyšetřované/mu (zákonnému zástupci vyšetřovaného) jasně a srozumitelně vysvětlil/a účel, povahu, předpokládaný prospěch, následky i možná rizika výše uvedeného genetického laboratorního vyšetření. Rovněž jsem vyšetřovanou osobu seznámil/a s možnými výsledky a s důsledky toho, že by vyšetření nebylo možno za výše uvedeným účelem provést (nezdařilo by se) nebo by nemělo potřebnou vypovídací schopnost pro naplnění sledovaného účelu. Seznámil/a jsem vyšetřovanou osobu (zákonného zástupce) i s možnými riziky a důsledky v případě odmítnutí tohoto vyšetření. Výsledky laboratorního vyšetření budou důvěrné a nebudou bez souhlasu vyšetřované osoby/zákonného zástupce sdělovány třetí straně, pokud platné právní předpisy neurčují jinak.

Seznámení provádějící lékař: .....  
jméno a příjmení ..... podpis .....

V případě, že se pacient (zákonný zástupce) nemůže podepsat:

důvod:.....

způsob projevu souhlasu: .....

svědek: .....  
jméno a příjmení ..... podpis .....

Příjmení a jméno:

## **Příloha k informovanému souhlasu**

### **Účel genetického laboratorního vyšetření**

- Ověření/potvrzení diagnózy nemoci:.....
- Zjištění predispozice pro nemoc:.....
- Zjištění přenašečství pro nemoc:.....
- Zjištění nemoci u plodu:.....

### **Předpokládaný prospěch tohoto vyšetření.....**

#### **A. Prohlášení vyšetřované osoby**

##### **A/1. Za účelem výše uvedeným souhlasím s plánovanou zdravotní službou:**

- Genetická konzultace
- Fotodokumentace

##### **Odběr dále uvedeného vzorku z mého těla a s provedením cytogenetických vyšetření:**

- Karyotyp (analýza chromosomů)
- Jiné.....

##### **Odběr dále uvedeného vzorku z mého těla a s provedením molekulárně genetických vyšetření:**

- Vyšetření pro chorobu:.....
- Uložení DNA/RNA do banky
- Jiné.....

##### **Jiná vyšetření:**

- .....

##### **Doplňující vyšetření pro ověření pozitivního výsledku výše uvedených vyšetření např.:**

- FISH, MLPA, CGH, HR-CGH.....

##### **Ze vzorku:**

- žilní krev  pupečnicková krev  plodová voda  placenta  sliny  tkáň: kůže, sval
- Jiné.....

##### **• alternativa navrhovaných zdravotních služeb, možnost zvolit si jednu z alternativ:**

- NE  ANO

jaká.....

Příjmení a jméno:

- **možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí příslušných zdravotních služeb a případné změny zdravotní způsobilosti:**

NE       ANO      jaká.....

- **údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a o poskytnutí dalších zdravotních služeb:**

NEJSOU       KLIDOVÝ REŽIM       DLE DOPORUČENÍ ODBORNÉHO LÉKAŘE

Jiná:.....

- **dopad na zdraví, včetně zdraví budoucích generací, rizika neočekávaných nálezů pro pacienta a geneticky příbuzné osoby**

výsledek genetického vyšetření může potvrdit klinickou diagnosu onemocnění na molekulární nebo cytogenetické úrovni, může objasnit typ dědičnosti vyšetřovaného onemocnění a doporučit u vybraných příbuzných pacienta preventivní genetické vyšetření případně umožní v rodině prenatální nebo preimplantační genetické vyšetření

jiné.....

## **A/ 2 Dále si přeji následující:**

Abych s výsledky genetického laboratorního vyšetření : byl(a) / nebyl(a) seznámen (a)\*

Aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:

RODIČE       ODESÍLAJÍCÍ LÉKAŘ       REGISTRUJÍCÍ LÉKAŘ       .....

SOUHLASÍM /  NESOUHLASÍM \*s případným zapsáním mé osoby do registru nemocných

s chorobou:.....

\* vybranou variantu označte

## **A/ 3 Rozhodl (a) jsem, že se vzorkem bude po ukončení testování naloženo takto:**

Pokud to bude možné, bude můj vzorek (vzorky) skladován pro další analýzu provedenou k mému prospěchu a prospěchu mé rodiny, ale vždy budu před dalším vyšetřením poučena a nově navrhovaná genetická laboratorní vyšetření budou provedena až s mým aktuálním informovaným souhlasem.

Můj vzorek (vzorky) bude po provedení genetického laboratorního vyšetření zlikvidován s tím rizikem, že nebude již možné v budoucnosti výsledek vyšetření v případě potřeby znovu ověřit a pro další genetické testování bude nutný nový odběr materiálu.

Souhlasím s anonymním využitím DNA k lékařskému výzkumu

Nesouhlasím s anonymním využitím DNA k lékařskému výzkumu

Jiné: .....