

ŽÁDANKA NA MOLEKULÁRNĚ GENETICKÉ VYŠETŘENÍ PORUCHY SLUCHU

Kontakt na odpovědnou osobu:
 556416231

OSOBNÍ KARTA PACIENTA (ŠTÍTEK)

Jméno a příjmení:

Číslo pojištěnce:

Adresa:

Pojišťovna: samoplátce

Pohlaví: žena muž

Diagnóza (MKN):

STATIM

INDIKUJÍCÍ LÉKAŘ

Přeji si uvést ve zprávě náhodné
 nálezy nesouvisející s diagnózou: ano ne

INFORMOVANÝ SOUHLAS (IS) - vyplňte pouze, pokud IS není přiložen k žádance

- potvrzuji, že IS je založen v lékařské dokumentaci
- pacient s uložení vzorku v DNA bance laboratoře souhlasí nesouhlasí
- pacient s využitím vzorku pro výzkumné účely souhlasí nesouhlasí

PRIMÁRNÍ VZOREK Datum a čas odběru:

- periferní krev (v K₃EDTA) plodová voda choriové klky tkáň z:
- bukální stěr parafinový bloček jiný:

POŽADOVANÉ VYŠETŘENÍ

NGS analýza - specifikujte diagnózu na druhé straně žádanky

Osobní a rodinná anamnéza pacienta (vyplňte, pokud není přiložena lékařská zpráva):

prediktivní test

Geny a varianty: Jméno probanda:

Rodné číslo probanda:

Rodinný vztah:

Podobný fenotypu probanda: ano ne

konfirmační test - geny, varianty:

zjištění přenašečství v genu/genech: z důvodu:

izolace do DNA banky

izolace do DNA banky pro následné prediktivní testování variant zjištěných u probanda

VYPLŇUJE LABORATOŘ

LAG CP štítek	GCP štítek	DODANÝ BIOLOGICKÝ MATERIÁL:	
		<input type="checkbox"/> DNA <input type="checkbox"/> krev <input type="checkbox"/> jiný:	Datum izolace: Podpis:
		ŽÁDANKU DO SKUPINY ZAVEDL:	

Datum a čas příjmu žádanky (elektronická tužka + parafa):

PORUCHY SLUCHU

- Žádanka je neplatná, pokud není zaškrtnutá alespoň jedna z možností níže nebo nejsou specifikovány konkrétní geny.

Seznam diagnóz:

Poruchy sluchu:

- Geny *GJB2, GJB3, GJB6*
- Nesyndromová hluchota - panel genů
- Chudley-McCullough syndrom
- Heimler syndrom
- Pendred syndrom
- Perrault syndrom
- Stickler syndrom
- Usher syndrom
- Waardenburg syndrom
- Wolfram syndrom

- Cílená analýza pouze vybraných genů:

Poznámky:

Vyšetření lze bioinformaticky rozšířit o tyto virtuální panely:

- Onemocnění pojivových tkání
- Nefrogenetika a ciliopatie

- Genetika očí
- Kardiogenetika

- Vzácná onemocnění - základní panel

Po zvolení panelu zašlete prosím novou žádanku.

Seznamy vyšetřovaných genů naleznete na www.agellab.cz/zdravotnici/genetika/molekularni-biologie

INFORMOVANÝ SOUHLAS S GENETICKÝM LABORATORNÍM VYŠETŘENÍM

Jméno a příjmení:

Číslo pojištěnce:

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Vztah k vyšetřované osobě:

Účel genetického laboratorního vyšetření:

Ověření/potvrzení diagnózy

Zjištění predispozice pro nemoc

Zjištění přenašečství pro nemoc

K optimalizaci léčby

Požadované vyšetření: Prim. vzorek:

Prohlášení vyšetřované osoby / zák. zástupce:

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto poradenství ke genetickému laboratornímu vyšetření, a že jsem poskytnuté informace porozuměl/a.

Lékařem mi bylo sděleno a vysvětleno následující:

- účel, povaha, předpokládaný přínos genetického laboratorního vyšetření
- možný dopad výsledků genetického vyšetření na mé zdraví, na zdraví mých potomků (budoucích generací) a zdraví geneticky příbuzných osob
- rizika neočekávaných nálezů

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.

Souhlas vyšetřované osoby / zákonného zástupce*

* vyplňte zvolenou odpověď (v případě neoznačení odpovědi, bude postupováno jako při zvolení možnosti ano) Správně

Za účelem výše uvedeným souhlasím:

s odběrem vzorku biologického materiálu a s provedením vyšetření ano ne

se seznámením s výsledky genetického laboratorního vyšetření ano ne

se seznámením s výsledky neočekávaných nálezů ano ne

se skladováním mého vzorku (DNA / suspenze buněk) pro další analýzy provedené k mému prospěchu, a to za předpokladu, že budu před dalším vyšetřením informován/a a nově navrhovaná vyšetření budou provedena až s mým aktuálním informovaným souhlasem ano ne

s anonymním využitím mého vzorku v lékařském výzkumu dědičných onemocnění ano ne

s využitím mého vzorku ke kontrole kvality ano ne

s využitím výsledků genetického laboratorního vyšetření a relevantních informací o mém zdravotním stavu, k vědeckým a výukovým účelům za podmínky, že tyto údaje budou prezentovány a publikovány pouze v anonymní formě ano ne

Podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce):

Jméno a příjmení lékaře, razítko a podpis:

V dne

Jsem si vědom/a, že svůj souhlas mohu kdykoliv písemně odvolat.