

ŽÁDANKA NA MOLEKULÁRNĚ GENETICKÉ VYŠETŘENÍ KARDIOGENETIKA A DYSLIPIDÉMIE

Kontakt na odpovědnou osobu: 556416231

OSOBNÍ KARTA PACIENTA (ŠTÍTEK)

Jméno a příjmení:
 Číslo pojištění:
 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

- potvrzují, že IS je založen v lékařské dokumentaci
 pacient s uložením 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

DODANÝ BIOLOGICKÝ MATERIÁL:

DNA

krev

jiný:

Datum izolace:

Podpis:

ŽÁDANKU DO SKUPINY ZAVEDL:

LAG CP štítek

GCP štítek

KARDIOGENETIKA A DYSLIPIDÉMIE

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

Seznam diagnóz:

KARDIOGENETIKA

<input type="checkbox"/>	Alström syndrom
<input type="checkbox"/>	Amyloidóza
<input type="checkbox"/>	Arytmogenní kardiomyopatie
<input type="checkbox"/>	Barth syndrom
<input type="checkbox"/>	Brugada syndrom
<input type="checkbox"/>	Cantu syndrom
<input type="checkbox"/>	Danonova nemoc
<input type="checkbox"/>	Defekt síňového, komorového septa
<input type="checkbox"/>	Dilatační kardiomyopatie
<input type="checkbox"/>	Fabryho nemoc
<input type="checkbox"/>	Fallotova tetralogie
<input type="checkbox"/>	Familiární fibrilace komor
<input type="checkbox"/>	Familiární fibrilace síní
<input type="checkbox"/>	Familiární short QT syndrom
<input type="checkbox"/>	Familiární "sick sinus" syndrom
<input type="checkbox"/>	Holt-Oram syndrom
<input type="checkbox"/>	Hypertrofická kardiomyopatie
<input type="checkbox"/>	Hypoplazie levého srdce
<input type="checkbox"/>	Idiopatická skleróza srdeční pojivové tkáně (Levova nemoc)
<input type="checkbox"/>	Jervell Lange-Nielsen syndrom
<input type="checkbox"/>	Katecholaminergní polymorfni komorové tachykardie
<input type="checkbox"/>	Long QT syndrom
<input type="checkbox"/>	Náhlá srdeční smrt

<input type="checkbox"/>	Nonkompaktní kardiomyopatie
<input type="checkbox"/>	Noonan sy. /CFC sy./ Costello sy.
<input type="checkbox"/>	Patent ductus arteriosus
<input type="checkbox"/>	Restriktivní kardiomyopatie
<input type="checkbox"/>	Syndrom náhlého úmrtí kojenců
<input type="checkbox"/>	Timothy syndrom
<input type="checkbox"/>	Vici syndrom
<input type="checkbox"/>	Wolff-Parkinson-White syndrom

DYSLIPIDÉMIE

<input type="checkbox"/>	Familiární hypercholesterolemie (FH) (geny APOB, LDLR, LDLRAP1, PCSK9)
<input type="checkbox"/>	FH a další poruchy metabolismu lipidů (rozšířený panel genů)
<input type="checkbox"/>	Cílená analýza pouze vybraných genů:

Poznámky:

Vyšetření lze bioinformaticky rozšířit o tyto virtuální panely:

- Onemocnění pojivových tkání
- Nefrogenetika a ciliopatie
- Genetika očí
- Vzácná onemocnění - základní panel
- Nesyndromová hluchota
- Kožní onemocnění

Po zvolení panelu zašlete prosím novou žádanku.

INFORMOVANÝ SOUHLAS S GENETICKÝM LABORATORNÍM VYŠETŘENÍM

Jméno a příjmení:

Číslo pojištění:

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.