

## ŽÁDANKA NA MOLEKULÁRNĚ GENETICKÉ VYŠETŘENÍ

# ONKOGENETIKA

Kontakt na odpovědnou osobu: 556416231

### OSOBNÍ KARTA PACIENTA (ŠTÍTEK)

Jméno a příjmení:   
 Číslo pojištění:   
 Adresa:   
 Pojišťovna:   samoplátce  
 Pohlaví:  žena  muž  
 Diagnóza (MKN):

### INDIKUJÍCÍ LÉKAŘ

### 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 K<sub>3</sub>EDTA)  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 přiložen rodokmen):

### prediktivní test

Geny a varianty:  Jméno probanda: .....  
 Rodné číslo probanda: .....  
 Rodinný vztah: .....

**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	<b>DODANÝ BIOLOGICKÝ MATERIÁL:</b>	
		<input type="checkbox"/> DNA <input type="checkbox"/> krev <input type="checkbox"/> jiný: .....	Datum izolace: ..... Podpis: .....
<b>ŽÁDANKU DO SKUPINY ZAVEDL:</b>			

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

# ONKOGENETIKA

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

## Seznam diagnóz:

### Geny související s dědičnou predispozicí k:

nádorům prsu a ovarií

nádorům střeva

nádorům prostaty

nádorům dělohy

nádorům pankreatu

nádorům ledvin

malignímu melanomu

### Jiné nádorové syndromy:

Juvenilní polypóza

Li-Fraumeni syndrom

Hereditární difúzní karcinom žaludku

Cowden syndrom

Mnohočetná endokrinní neoplazie typ 1, typ 2, typ 4

Retinoblastom

Neurofibromatóza typ 1, typ 2

Mnohočetná osteochondromatóza

Tuberózní skleróza

Fanconi anémie

Xeroderma pigmentosum

Cockayne syndrom

Bloom syndrom

Nijmegen breakage syndrom

Ataxia telangiectasia

### Kompletní analýza konkrétního genu

Gen:

Poznámky:

# 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 navrhaná 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.