

## ŽÁDANKA NA CYTOGENETICKÉ VYŠETŘENÍ

# KLINICKÁ GENETIKA

### OSOBNÍ KARTA PACIENTA (ŠTÍTEK)

Jméno a příjmení:

Číslo pojištěnce:

Datum narození:

Adresa:

Pojišťovna:   samoplátce

Pohlaví:  žena  muž **STATIM**

Diagnóza (MKN, slovy):

Kontakt na odpovědnou osobu: 556 416 237

### INDIKUJÍCÍ LÉKAŘ (jméno, odbornost, razítko):

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

- potvrzuji, že IS je založen v lékařské dokumentaci
- pacient s uložením vzorku v laboratoři  souhlasí  nesouhlasí
- pacient s využitím vzorku pro výzkumné účely  souhlasí  nesouhlasí

PRIMÁRNÍ VZOREK Datum a čas odběru:

- Periferní krev** (3-5 ml do zkumavky s heparinem) - odebírat: **postnatální vyšetření karyotypu** – Po, Út a Pá  
**CAPL** – Po, Út, St
- Periferní krev** (2,5 ml do zkumavky s K<sub>3</sub>EDTA nebo citrátem sodným) - array CGH
- Izolovaná DNA**
- Jiné** (po předchozí domluvě)

**VZORKY TRANSPORTOVAT V DEN ODBĚRU, V CHLADU, NEMRAZIT!**

### KLINICKÁ DATA

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

### POŽADOVANÉ VYŠETŘENÍ

- KARYOTYP  FISH  CAPL (ZLOMY)  ARRAY CGH

Specifikace FISH:

Kompletní seznam FISH vyšetření najdete zde: <https://atlas.lag.agel.cz/>. V případě potřeby volejte: 556 416 237.

**FISH, M-FISH, M-BAND** vyšetření je indikováno na základě suspektního nálezu v karyotypu, případné výhrady sdělte prosím předem.

————— VYPLŇUJE LABORATOŘ —————

POZNÁMKA:

DATUM PŘÍJMU ŽÁDANKY do LC + PARAFY PRACOVNÍKA:

LAG CP štítek

# 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:

Potvrzují, 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.