

Laboratoře Agel a.s., klinické laboratoře, tel: 800 700 701

Revoluční 2214/35, 741 01 Nový Jičín

Laboratoř cytogenetiky

tel.: 556 416 236-237, 606 069 078

<http://laboratore.agel.cz>

e-mail: cytogenetika@lab.agel.cz



## ŽÁDANKA NA CYTOGENETICKÉ VYŠETŘENÍ

Laboratoře AGEL a.s., klinické laboratoře, tel.: 800 700 701. Informace o laboratorních a speciálních žádankách jsou volně ke stažení na laboratore.agel.cz vydání č. 10 05-19

Informace o pacientovi			
Jméno pacienta:		Pojišťovna:	
RČ/č. pojištěnce:		Pohlaví:	<b>Ž M</b>
Datum narození:			
Dg. - číselně a slovy:			
Datum a čas odběru:		STATIM:	ano - ne
<b>Informovaný souhlas je součástí žádanky (prosíme o vyplnění druhé strany)</b>			
Materiál			
<input type="checkbox"/> <b>Kostní dřeň</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2-3 ml do zkumavky s transportním médiem*</li> <li>• <b>CLL (Chronická lymfocytární leukémie):</b> odebírat v <b>Po, Út a Pá</b></li> </ul>		
<input type="checkbox"/> <b>Periferní krev</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3-5 ml do zkumavky s transportním médiem*</li> <li>• <b>CLL (Chronická lymfocytární leukémie):</b> 3 ml do zkumavky s heparinem, odebírat v <b>Po, Út a Pá</b>, vyplnit WBC</li> <li>• zlomy (CAPL): 3 ml do zkumavky s heparinem, odebírat <b>Po, Út a St</b></li> <li>• array CGH: 2,5 ml do zkumavky nesrážlivá periferní krev (K3EDTA nebo citrát sodný)/4°C</li> </ul>		
<input type="checkbox"/> <b>Lymfatická uzlina</b>	• do zkumavky s transportním médiem*		
<input type="checkbox"/> <b>Tkáň tumoru</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Parafínový řez</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Jiné</b>	• po předchozí domluvě		
Klinická data			
<input type="checkbox"/> Nová diagnóza	<input type="checkbox"/> Remise	<input type="checkbox"/> Relaps	
Transplantace:	<input type="checkbox"/> Autologní		
	<input type="checkbox"/> Alogenní - pohlaví dárce:	<b>Ž M</b>	
WBCx10 <sup>9</sup> /L:		% blastů:	
Požadované vyšetření			
<input type="checkbox"/> Karyotyp	<input type="checkbox"/> FISH	<input type="checkbox"/> Zlomy (CAPL - genotoxická expozice)	
<input type="checkbox"/> array CGH			
FISH (M-FISH, M-BAND) vyšetření je indikováno na základě dg., stanovení nebo nestanovení karyotypu, případné výhrady sdělte prosím předem			
Lékař			
Jméno:	Razítko a podpis (adresa, IČP, tel.):		
Odbornost:			
Datum příjmu laboratoří, přijal:			
* Zkumavky a lahvičky s transportním médiem a konzervačním roztokem pro urovision obdržíte po domluvě na uvedených tel. číslech; vzorky transportovat v den odběru, v chladu, nemrazit!			

Jméno a příjmení vyšetřované/ho: ..... Rodné číslo: .....  
Jméno a příjmení zákonného zástupce: ..... Vztah k vyšetřované osobě: .....

#### Účel genetického laboratorního vyšetření

- Ověření/potvrzení diagnózy nemoci a/nebo vývojové vady .....  
 Zjištění predispozice pro nemoc a/nebo vývojovou vadu .....  
 Zjištění přenašečství pro nemoc a/nebo vývojovou vadu .....  
 K optimalizaci léčby .....

Alternativy navrhovaného genetického vyšetření (jejich vhodnost, přínos a rizika) .....

#### PROHLÁŠENÍ VYŠETŘOVANÉ OSOBY

Za výše uvedeným účelem souhlasím s odběrem dále uvedeného vzorku z mého těla a s provedením těchto vyšetření:

##### Cytogenetická vyšetření:

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

##### Molekulárně genetická vyšetření:

- Vyšetření pro chorobu .....

Ze vzorku:  žilní krev  sliny  tkáň: kůže, sval  Jiné .....

#### Souhlas vyšetřované osoby/zákonného 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, což jsou nálezy, které nejsou účelem genetického laboratorního vyšetření, přesto je analýza genetické informace zjistí. Neočekávané nálezy lze rozdělit na skupinu nálezů, které mohou mít pro pacienta a osoby s ním geneticky příbuzné závažný dopad. Druhou skupinou jsou nálezy, které se odlišují od nálezů běžných, ale jejich konkrétní dopad na současný a/nebo budoucí zdravotní stav pacienta a geneticky příbuzné osoby nelze na základě současných znalostí stanovit.

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

#### Rozhodl/a jsem, že se vzorkem bude po ukončení testování naloženo takto:

##### Souhlas se skladováním

Pokud to bude možné a/nebo účelné, bude můj vzorek skladován pro další vyšetření provedená k mému prospěchu a prospěchu mých příbuzných. Před genetickým vyšetřením, které by se provádělo za jinými účely než uvedeno, budu řádně poučen/a a toto vyšetření bude vždy provedeno až s novým informovaným souhlasem. Vzorek bude skladován u poskytovatele zdravotních služeb uvedeného v záhlaví nebo v laboratoři spolupracujícího poskytovatele a to nejvýše po dobu 50 let.

- Jestliže bude vzorek mého biologického materiálu dále skladován, **souhlasím/nesouhlasím** s jeho využitím ke kontrole kvality DNA diagnostiky (vzorek je použit jako kontrola pro vyšetření jiného pacienta).
- **Souhlasím/Nesouhlasím** s anonymním využitím skladovaného biologického materiálu v lékařském výzkumu dědičných onemocnění.

##### Nesouhlas se skladováním

Můj vzorek bude po provedení genetického laboratorního vyšetření zlikvidován s tím rizikem, že nebude již možné v budoucnosti výsledek vyšetření v případě potřeby znovu ověřit a že zlikvidování vzorku může vést ke zhoršení dostupnosti diagnostiky u rodinných příslušníků. Dále jsem si vědom, že pro další genetické testování bude nutný nový odběr materiálu.

#### Dále si přeji:

- Abych s výsledky genetického laboratorního vyšetření **byl(a)/nebyl(a) seznámen(a)**
- Abych s výsledky neočekávaných nálezů **byl(a)/nebyl(a) seznámen(a)**
- Aby o **výsledcích vyšetření a/nebo neočekávaných nálezech** byly informovány následující osoby:

- **Souhlasím/Nesouhlasím** s využitím výsledků genetického laboratorního vyšetření a relevantních informací o mém zdravotním stavu, včetně fotodokumentace, k vědeckým a výukovým účelům za podmínky, že tyto údaje budou prezentovány a publikovány pouze v anonymní formě.

**V případě neoznačení daných možností Souhlasím/Nesouhlasím, bude postupováno jako v případě souhlasu.**

Prohlašuji, že jsem všem údajům a poučením porozuměl/a a souhlasím s odběrem příslušného vzorku z mého těla a provedením výše popsaného genetického laboratorního vyšetření s podmínkami uvedenými výše.

V ..... dne ..... Podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce): .....

Jméno lékaře, razítko a podpis: .....