

Zdravotní pojišťovna

Jméno pacienta

Diagnóza základní/ostatní

Číslo pojištěnce

muž

Datum narození

žena

Adresa

Kontakt

Datum a čas odběru

Informovaný souhlas JE NUTNOU SOUČÁSTÍ ŽÁDANKY
 (vyplňte prosím 2. stranu)

Druh primárního vzorku

nesrážlivá krev (EDTA)

jiný.....

UPOZORNĚNÍ: Sledujte aktuální požadavky a podmínky pojišťoven pro indikace vyšetření

GENETICKÉ PREDISPOZICE

indikace povolena pouze pro odbornost **208, 202, 101, 603**

FV Leiden – R506Q

FII – Prothrombin – G20210A

indikace povolena pouze pro odbornost **208, 202**

ITGB3 – Glykoprotein IIIa – L33P

FXIII – V34L

FGB – β-fibrinogen (c.-455G>A)

indikace povolena pouze pro odbornost **208, 202, 101, 209**

ACE – ins/del

Další predispozice k žilním trombózám
nejsou běžně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.
 V případě požadavku kontaktujte laboratoř.

PAI-1 – 4G/5G

FV R2 – H1299R

FV Cambridge – Arg306Thr

MTHFR – C677T

MTHFR – A1298C

GPIa – C807T

FVII – Arg353Gln

**GENETICKÉ PREDISPOZICE
 (bez stanovených podmínek pojišťoven)**

Gilbert sy. – UGT1A1 (TATA box)

Narkolepsie – HLA-DQB1*06:02

Crohnova choroba – NOD2 (c.2104C>T, c.2722G>C, c.3019dup), ATG16L1 (c.898A>G)

Alopecie (5 variant asociovaných s androgenní alopecii)

Sklerodermie – CTGF (c.-945C>G)

GENETICKY PODMÍNĚNÉ CHOROBY

indikace povolena pouze pro odbornost **208, 202, 101**

Hemochromatóza – HFE - C282Y, H63D

indikace povolena pouze pro odbornost **208, 101, 301**

Familiární hypercholesterolémie typu B
 APOB – R3500Q

indikace povolena pouze pro odbornost **105, 305, 209**

Defekt apolipoproteinu E
 APOE – určení izoformy E2, E3, E4

indikace povolena pouze pro odbornost **208, 205, 207**

Defekt α1-antitrypsinu – SERPINA1

indikace povolena pouze pro odbornost **208**

Wilsonova choroba – ATP7B
 (analýza celého genu)

indikace povolena pouze pro odbornost **208, 105**

Laktózová intolerance – LCT
 (c.-13910C>T, c.-22018G>A)

indikace povolena pouze pro odbornost **208, 105, 301**

Celiakální sprue – asociované HLA alely

indikace povolena pouze pro odbornost **208, 109**
v případě reaktivního výsledku z průtokové cytometrie

HLA-B*27 konfirmace

Razítko a podpis (IČZ, odbornost)

ONKOHEMATOLOGIE

indikace povolena pouze pro odbornost **202**

Vzorek zaslat do laboratoře v den odběru, nemrazit.

BCR-ABL

IgVH mutační status

TP53 – exony 4, 5, 6, 7, 8 a 9

TP53 – FASAY #

JAK2 – V617F

JAK2 – exon 12

CALR – exon 9

MPL – W515L, W515K

c-KIT – D816V (systémová mastocytóza)

FARMAKOGENETIKA

TPMT – c.238G>C, c.460G>A, c.719A>G
 (toxická azathioprinu a purinových léčiv)

CYP2C19 – c.18154G>A, c.17948G>A, c.-806C>T
 (toxická clopidogrelu)

VKORC1 – c.-1639G>A
 CYP2C9 – c.430C>T, c.1075A>C
 (warfarinová senzitivita)

VKORC1 – analýza celého genu
 (warfarinová rezistence)

UGT1A1 – TATA box genu
 (toxická irinotecanu)

DPYD – c.2846A>T, c.1905+1G>A, c.1679T>G
 (toxická 5-fluorouracilu)

Poznámka:

Vysvětlivky:

vyšetření provádí smluvní laboratoř
 (FN Brno, Ústav patologie, tel: 532 233 505)

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 s provedením výše popsaného genetického laboratorního vyšetření s podmínkami uvedenými výše.

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

Jméno lékaře, razítko a podpis: