

Informovaný souhlas

Příjmení a jméno:

Číslo pojištěnce:

Datum narození:

Bydliště: kód ZP:

Příjmení a jméno zákonného zástupce:

 matka otec jiný.....Plánovaná zdravotní služba: **genetická konzultace, genetické vyšetření**

Prohlašuji, že jsem četl přílohu, která je nedílnou součástí tohoto informovaného souhlasu a že mi bylo zdravotnickým pracovníkem **sděleno a vysvětleno:**

- účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotních služeb,
- zda navrhované zdravotní služby mají nějakou alternativu a zda existuje možnost zvolit si jednu z alternativ,
- možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí příslušných zdravotních služeb a případné změny zdravotní způsobilosti,
- údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a o poskytnutí dalších zdravotních služeb,
- dopad na zdraví, včetně zdraví budoucích generací, rizika neočekávaných nálezů pro pacienta a geneticky příbuzné osoby

V případě, že jsem zákonný zástupce nezletilého pacienta, pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům nebo pacienta s omezenou způsobilostí k právním úkonům svým podpisem stvrzuji, že shora uvedené informace byly poskytnuty v přiměřeném rozsahu a formě též pacientovi.

Byl(a) jsem poučen(a) o svém právu svobodně se rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb. Vše mi bylo sděleno a vysvětleno jasně a srozumitelně. Poté, co jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co pokládám za podstatné a potřebné a probrat s ním vše, čemu jsem nerozuměl/a. Moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny jasně a srozumitelně. Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit.

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto genetické poradenství ke genetickému laboratornímu vyšetření (viz příloha).

Prohlašuji, že jsem podaným informacím a vysvětlením plně porozuměl(a), považuji mé poučení za dostatečné a na základě své svobodné vůle a poskytnutých informací **souhlasím s provedením uvedené zdravotní služby.**

Jsem si vědom, že svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Účel genetického laboratorního vyšetření

- Ověření/potvrzení diagnózy nemoci:.....
- Zjištění predispozice pro nemoc:.....
- Zjištění přenašečství pro nemoc:.....
- Zjištění nemoci u plodu:.....

A. Prohlášení vyšetřované osoby

A/1. Za účelem výše uvedeným souhlasím s plánovanou zdravotní službou:

- Genetická konzultace
- Fotodokumentace

Odběr dále uvedeného vzorku z mého těla a s provedením cytogenetických vyšetření:

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

Odběr dále uvedeného vzorku z mého těla a s provedením molekulárně genetických vyšetření:

- Vyšetření pro chorobu/choroby:.....
- Uložení DNA/RNA do banky
- Jiné.....

Jiná vyšetření:

-

Doplňující vyšetření pro ověření pozitivního výsledku výše uvedených vyšetření např.:

- FISH, MLPA, qPCR, array-CGH, sekvenování.....

Ze vzorku:

- žilní krev pupečnicková krev plodová voda placenta tkáň: kůže, sval stěr sliznice
- Jiné.....

• alternativa navrhovaných zdravotních služeb, možnost zvolit si jednu z alternativ:

- NE ANO jaká.....

• možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti po poskytnutí příslušných zdravotních služeb a případné změny zdravotní způsobilosti:

- NE ANO jaká.....

- **údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a o poskytnutí dalších zdravotních služeb:**

NEJSOU KLIDOVÝ REŽIM DLE DOPORUČENÍ ODBORNÉHO LÉKAŘE

Jiná:

- **dopad na zdraví, včetně zdraví budoucích generací, rizika neočekávaných nálezů pro pacienta a geneticky příbuzné osoby**

výsledek genetického vyšetření může potvrdit klinickou diagnosu onemocnění na molekulární nebo cytogenetické úrovni, může objasnit typ dědičnosti vyšetřovaného onemocnění a doporučit u vybraných příbuzných pacienta preventivní genetické vyšetření případně umožní v rodině prenatální nebo preimplantační genetické vyšetření

jiné:

A/ 2 Dále si přeji následující:

Abych s výsledky genetického laboratorního vyšetření : **BYL(A)** / **NEBYL(A)** seznámen (a)*

Aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:

RODIČE ODESÍLAJÍCÍ LÉKAŘ REGISTRUJÍCÍ LÉKAŘ

SOUHLASÍM / **NESOUHLASÍM** *

s případným zapsáním mé osoby do registru nemocných s chorobou:

SOUHLASÍM / **NESOUHLASÍM** *

se sdělením nálezu genetických variant u mne a/nebo osoby mnou zastoupené, které nesouvisí s vyšetřovanou diagnózou (avšak mohou mít závažný vliv na můj zdravotní stav nebo zdravotní stav mnou zastoupené osoby)

A/ 3 Rozhodl (a) jsem, že se vzorkem bude po ukončení testování naloženo takto:

Pokud to bude možné, bude můj vzorek (vzorky) skladován pro další analýzu provedenou k mému prospěchu a prospěchu mé rodiny, ale vždy budu před dalším vyšetřením poučena a nově navrhovaná genetická laboratorní vyšetření budou provedena až s mým aktuálním informovaným souhlasem.

Můj vzorek (vzorky) bude po provedení genetického laboratorního vyšetření zlikvidován s tím rizikem, že nebude již možné v budoucnosti výsledek vyšetření v případě potřeby znovu ověřit a pro další genetické testování bude nutný nový odběr materiálu.

SOUHLASÍM / **NESOUHLASÍM** *

s anonymním využitím DNA k lékařskému výzkumu

Jiné:

Doporučujeme, aby všechny výsledky genetického vyšetření byly sdělovány a interpretovány v rámci genetického poradenství prováděného na OLG FN Brno lékařem-genetikem.

Zprávu z genetického vyšetření

PŘEVEZMU OSOBNĚ

PŘEJI SI ZASLAT POŠTOU, NE DOPORUČENĚ*

*** vybranou variantu vždy označte křížkem**

Tento informovaný souhlas je vyhotoven 1x pro vyšetřujícího lékaře OLG do zdravotní dokumentace. Pro potřebu ostatních subjektů, podílejících se na diagnostice, se poskytuje (lékařem potvrzená) kopie tohoto dokumentu, pro vyšetřovanou osobu(nebo zákonného zástupce vyšetřované osoby) se poskytuje kopie tohoto souhlasu na její žádost.

V Brně dne:čas:podpis:
pacient / zákonný zástupce

Prohlášení lékaře

Prohlašuji, že jsem vyšetřované/mu (zákonnému zástupci vyšetřovaného) jasně a srozumitelně vysvětlil/a účel, povahu, předpokládaný prospěch, následky i možná rizika výše uvedeného genetického laboratorního vyšetření. Rovněž jsem vyšetřovanou osobu seznámil/a s možnými výsledky a s důsledky toho, že by vyšetření nebylo možno za výše uvedeným účelem provést (nezdařilo by se) nebo by nemělo potřebnou vypovídací schopnost pro naplnění sledovaného účelu. Seznámil/a jsem vyšetřovanou osobu (zákonného zástupce) i s možnými riziky a důsledky v případě odmítnutí tohoto vyšetření. Výsledky laboratorního vyšetření budou důvěrné a nebudou bez souhlasu vyšetřované osoby/zákonného zástupce sdělovány třetí straně, pokud platné právní předpisy neurčují jinak.

Seznámení provádějící lékař:

jméno

a příjmení

podpis

V případě, že se pacient (zákonný zástupce) nemůže podepsat:

důvod:.....

způsob projevu souhlasu:

svědek:

jméno a příjmení

podpis