

## Informovaný souhlas

Jméno a příjmení pacienta: ..... RČ.: .....

Bydliště: ..... kód ZP: .....

Jméno a příjmení zákonného zástupce: .....

Klinika / oddělení: **IHOK FN Brno a LF MU, Centrum molekulární biologie a genetiky**

Seznámení provádějící lékař: .....

Plánovaná zdravotní služba: **Molekulárně genetické vyšetření**

**Diagnóza, která vede k provedení plánované zdravotní služby:** .....

**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. Poté, co jsem měl(a) možnost klást doplňující otázky a zeptat se na vše, co pokládám za podstatné a moje dotazy mi byly lékařem zodpovězeny, 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.**

Můj ošetřující lékař mi vysvětlil, že nezbytnou součástí mojí léčby jsou opakovaná molekulárně genetická vyšetření.

**Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s molekulárně genetickým vyšetřením\*:**

Ano

Ne

**Dále prohlašuji, že souhlasím s ANONYMNÍM využitím biologického materiálu k výzkumným a výukovým účelům\*:**

Ano

Ne

**V případě, že při vyšetření mého vzorku biologického materiálu dojde k náhodnému lékařskému nález, přeji si být o takovém výsledku informován(a)\*:**

- Ano  Ne

**Po ukončení testování bude se vzorkem naloženo takto\*:**

- Pokud to bude možné, bude můj vzorek skladován pro další analýzu provedenou k mému prospěchu a prospěchu mé rodiny. Vzorek bude skladován u poskytovatele zdravotnických služeb uvedeném v záhlaví a to nejvýše po dobu 50 let.
- Můj vzorek bude po provedení vyšetření zlikvidován s tím, že nebude již možné v budoucnosti výsledek vyšetření v případě potřeby znovu ověřit a pro případné další genetické testování bude nutný nový odběr.

\* vybranou možnost označte křížkem

V Brně dne: ..... čas: .....

podpisy: .....  
pacient / zákonný zástupce

.....  
seznámení provádějící lékař

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

důvod:.....

způsob projevu souhlasu: .....

Svědék: ..... .....

jméno a příjmení

podpis

## **Příloha k informovanému souhlasu**

Molekulárně genetické vyšetření by mělo u vyšetřované osoby potvrdit nebo vyloučit přítomnost dědičného onemocnění, případně stanovit riziko, s jakým lze očekávat, že se u vyšetřované osoby či jejích potomků dědičné onemocnění vyvine. Výchozím materiálem pro molekulárně genetické vyšetření je nukleová kyselina (DNA nebo RNA), která je izolována z odebraného biologického materiálu (krev, plodová voda, amniocyty, choriové klky, aj.) a dále analyzována. Provedená analýza je zaměřena na úseky DNA (geny) spojené s onemocněním pacienta, ve kterých jsou hledány sekvenční varianty spojené s onemocněním. Výsledek molekulárně genetického vyšetření může objasnit typ dědičnosti vyšetřovaného onemocnění a doporučit preventivní genetické poradenství v rodině pacienta.

V případě molekulárně genetického vyšetření mohou být zjištěny i tzv. náhodné nálezy, které mohou přinést informace o přenašečství různých geneticky podmíněných nemocí event. o zvýšeném riziku rozvoje některých onemocnění v pozdějším věku. Získání těchto informací není ale primárním cílem plánované zdravotní služby.

- **účel, povaha, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika zdravotních služeb:**

- ověření/potvrzení diagnózy nemoci

- **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 lékaře

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

.....  
.....  
.....