



## Informovaný souhlas pacienta (zákonného zástupce) s odběrem, uchováním a genetickým vyšetřením biologického materiálu

Pacient – jméno a příjmení:	Rodné číslo (číslo pojištění):
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Kód zdravotní pojišťovny:
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)	
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka):	Rodné číslo:

### Název výkonu

**Odběr a uchování biologického materiálu a provedení genetického laboratorního vyšetření.**

### Účel genetického laboratorního vyšetření

- Ověření/potvrzení diagnózy nemoci:.....
- Zjištění predispozice pro nemoc:.....
- Zjištění přenašečství pro nemoc:.....
- Zjištění nemoci nebo vývojové vady u plodu:.....
- Vyšetření cirkulující fetální DNA v krvi matky pro onemocnění:.....
- Preimplantační diagnostika:.....
- K optimalizaci léčby:.....

### Povaha vyšetření

Vyšetření biologického materiálu ke zjištění geneticky podmíněných onemocnění.

### Předpokládaný prospěch vyšetření

Znalost příčiny genetického onemocnění může vést k upřesnění diagnózy, možnosti léčby a předcházení možných komplikací. V případě zjištění nemoci u plodu se rodiče mohou rozhodnout o narození nebo nenarození dítěte s genetickým onemocněním. Při zjištění predispozice pro nemoc je navrženo sledování specialisty k odhalení onemocnění v časném stádiu.

### Alternativa vyšetření

Neexistuje.

### Možné následky vyšetření

1. Pozitivní výsledek genetické analýzy může ovlivnit pacienta i další členy rodiny v riziku.
2. Zjištění tzv. neočekávaných nálezů, které mohou mít pro pacienta a osoby s ním geneticky příbuzné závažný dopad (např. zjištění přenašečství některých genetických onemocnění nebo nepotvrzení otcovství).
3. Zjištění nálezů, 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.

## PROHLÁŠENÍ LÉKAŘE A PACIENTA

### A. 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. 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.

Jméno a příjmení lékaře, který podal informaci	Podpis lékaře, který podal informaci	Datum	Hodina

## B. Prohlášení pacienta/zákonného zástupce

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto genetické poradenství ke genetickému laboratornímu vyšetření za účelem jak uvedeno shora. Vše mi bylo sděleno a vysvětleno jasně a srozumitelně. 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.

### B.1 Za účelem výše uvedeným souhlasím s následujícím:

#### pozn. Vaší odpověď zakroužkujte:

1. S odběrem vzorku biologického materiálu a s provedením genetického vyšetření.	ANO	NE
2. Se skladováním mého vzorku DNA v bance laboratoře 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
3. S anonymním využitím DNA k lékařské vědě a výzkumu	ANO	NE
4. 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 <u>anonymní formě</u> .	ANO	NE

### B.2 Dále si přeji následující:

#### pozn. Vaší odpověď zakroužkujte:

Abych s výsledky genetického laboratorního vyšetření byl(a) seznámen(a)	ANO	NE
Abych s výsledky neočekávaných nálezů byl(a) seznámen(a)	ANO	NE
Aby o výsledku vyšetření a/nebo neočekávaných nálezech byly informovány následující osoby:		

## SOUHLAS PACIENTA

**Na základě těchto informací prohlašuji, že souhlasím s odběrem vzorku, uložením a s provedením genetického vyšetření s podmínkami uvedenými výše.**

Jsem si vědom(a), že svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

V Olomouci, datum	Hodina	Podpis pacienta (zákonného zástupce)
Vztah zákonného zástupce k pacientovi:		

**Pokud se pacient/ka nemůže podepsat, uveďte důvody, pro které se pacient/ka nemohl(a) podepsat:**

**Jak pacient/ka projevil(a) svou vůli:**

Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka/svědka	Podpis zdravotnického pracovníka/svědka	Datum	Hodina