

**INFORMOVANÝ SOUHLAS S LABORATORNÍM GENETICKÝM VYŠETŘENÍM**

Příjmení:  
Jméno:  
č. pojištěnce:  
Adresa:  
Zdrav. pojišťovna:

Souhlasím, aby můj vzorek získaný z mých buněk, buněk plodové vody nebo choriových klků byl vyšetřen se zaměřením na:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> mutace v genech pro FV-Leiden a FII-protrombin  | <input type="checkbox"/> syndrom fragilního X chromozomu   |
| <input type="checkbox"/> cystickou fibrózu   | <input type="checkbox"/> predispozici k celiakii/lepkové intoleranci                             |
| <input type="checkbox"/> spinální muskulární atrofii   | <input type="checkbox"/> prenatalní vyšetření metodou QF PCR a Array CGH, krev matky k porovnání |
| <input type="checkbox"/> mikrodelece chromozomu Y  | <input type="checkbox"/> Array CGH   |
| <input type="checkbox"/> CLG Carrier Screen  | <input type="checkbox"/> karyotyp  |
| <input type="checkbox"/> DNA banking – izolace a uskladnění DNA  | <input type="checkbox"/> vyšetření metodou FISH  |
| <input type="checkbox"/> izolace do DNA banky pro následné prediktivní testování variant zjištěných u probanda | <input type="checkbox"/> klinický exom - proband   |
| <input type="checkbox"/> Jiné:   | <input type="checkbox"/> klinický exom - pokrevní příbuzný probanda                              |
| .....  | <input type="checkbox"/> cílené vyšetření genu: .....  |
| .....  | .....  |

Jsem si vědom(a), že výsledek vyšetření může svědčit pro významné zvýšení nebo snížení pravděpodobnosti nebo průkazu výše uvedených chorob, ale může být i neinformativní. Neinformativní výsledek znamená, že přes veškerá dostupná vyšetření nelze upřesnit výši rizika.

Souhlasím s tím, že moje klinické údaje budou použity mým lékařem nebo laboratoří k auditům, ke kontrole kvality vyšetření a vědeckým účelům při zachování anonymity mých osobních údajů.

Potvrzuji svým podpisem, že jsem měl(a) možnost si toto prohlášení podrobně prostudovat a dostatek času hovořit o této problematice s níže uvedeným lékařem.

Moje otázky mi byly srozumitelně zodpovězeny k mojí spokojenosti. Prohlašuji, že nemám dalších dotazů, prohlášení jsem dobře pochopil(a) a s provedením testů souhlasím, což níže stvrzuji svým vlastnoručním podpisem.

Přeji si sdělení výsledků svého vyšetření:

- ANO                       NE

Přeji si sdělení neočekávaných nálezů:

- ANO                       NE

Souhlasím s uschováním svého vzorku v bance Centra lékařské genetiky s.r.o. po dobu 1 roku za účelem eventuálního pozdějšího dovyšetření v závislosti na pokroku ve výzkumu v této oblasti a pro další vyšetření provedená k mému prospěchu a prospěchu mých příbuzných:

- ANO                       NE (vzorek bude po ukončení vyšetření zlikvidován)

V Č. Budějovicích dne .....

**Podpis vyšetřovaného/zákonného zástupce/opatrovníka** .....

Jméno a příjmení zákonného zástupce/opatrovníka:

Potvrzuji, že jsem vhodným způsobem poučil(a) vyšetřovaného, jak je výše uvedeno.

V Č. Budějovicích dne ..... Jméno, razítko a podpis lékaře: .....