



INFORMOVANÝ SOUHLAS S VYŠETŘENÍM

Informovaný souhlas s:	Laboratorní vyšetření – genotyp antigenů červených krvinek metodou PCR		
Pacient(ka) – jméno a příjmení:		Identifikační číslo:	
Datum narození: (není-li rodné číslo)		Kód zdravotní pojišťovny:	
Adresa trvalého pobytu pacienta: (případně jiná adresa)			
Jméno zákonného zástupce (opatrovníka): Vztah k pacientovi: (např. matka, otec, ...)		Identifikační číslo:	

Účel molekulárně genetického laboratorního vyšetření

- Určení antigenů červených krvinek pro zajištění léčby transfuzními přípravky
- Podrobné určení antigenu RhD pro prevenci možných komplikací v těhotenství

A. Prohlášení lékaře

Prohlašuji, že jsem vyšetřované/mu (zákonnému zástupci vyšetřovaného) jasně a srozumitelně vysvětlil/a účel, povahu, předpokládaný prospěch. 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 lékaře:.....

Podpis: Dne..... 20.....

B. Prohlášení vyšetřované osoby

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 zvážít, 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 ty to mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

B.1 Za účelem výše uvedeným souhlasím s odběrem žilní krve a s provedením molekulárně genetického vyšetření. V případě neuzavřeného výsledku souhlasím s vyšetřením vzorku v laboratoři vyšší specializace.

SOUHLASÍM

NESOUHLASÍM

B.2 Rozhodl (a) jsem, že se vzorkem bude po ukončení testování naloženo takto:

Souhlasím s uskladněním včetně anonymního využití DNA k lékařskému výzkumu.

SOUHLASÍM

NESOUHLASÍM

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s odběrem příslušného vzorku z mého těla a s provedením výše popsaného genetického laboratorního vyšetření s podmínkami jak uvedeny výše. Jsem si vědom/a, že svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce).....

V Dne..... 20.....