



INFORMOVANÝ SOUHLAS PACIENTA/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE PACIENTA S PROVEDENÍM VÝKONU

Informovaný souhlas s:	DIAGNOSTICKÉ GENETICKÉ VYŠETŘENÍ		
Pacient(ka) – 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):		Datum narození:	

Informující lékař:

Účel genetického laboratorního vyšetření: ověření diagnózy

Důvod provedení genetického laboratorního
vyšetření:

.....

Zdravotní výkon:	
1)	<p>Genetické vyšetření je specializované lékařské vyšetření, které by mělo u vyšetřované osoby potvrdit, nebo vyloučit přítomnost dědičného onemocnění, a to přímou a/nebo nepřímou analýzou zděděného genetického materiálu (chromozomů, genů). V případě genetického vyšetření mohou být zjištěny i tzv. náhodné nálezy. Možným nálezem je i varianta nejasného klinického významu, ke které se dle současného stupně poznání nelze přesně vyjádřit.</p> <p>Souhlasím s odběrem dále uvedeného vzorku z mého těla a s provedením těchto vyšetření:</p> <p><input type="checkbox"/> Cytogenetické vyšetření:</p> <p><input type="checkbox"/> Molekulárně genetické vyšetření:</p> <p>Ze vzorku:</p> <p><input type="checkbox"/> žilní krev <input type="checkbox"/> bukalní stěr</p> <p>Rozhodl/a jsem se z vlastní vůle, aby mi bylo výše uvedené vyšetření provedeno. Byl/a jsem pro mne srozumitelnou formou podrobně poučena a informována o důvodu diagnostického genetického vyšetření. Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto genetické poradenství ke genetickému laboratornímu vyšetření za účelem, jak je 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.</p>

Dále si přeji následující:

souhlasím se sdělením výsledků genetického vyšetření mé osoby (osoby mnou zastupované)

ANO – NE

souhlasím se sdělením případných náhodných medicínsky významných nálezů mé osoby (osoby mnou zastupované)

ANO – NE

Se vzorkem bude po ukončení testování naloženo takto:

Můj vzorek (vzorky)/vzorek osoby mnou zastupované bude skladován pro ev. další diagnostická genetická vyšetření. Tato vyšetření mohou být provedena pouze s informovaným souhlasem pacienta (zák. zástupce pacienta).

V opačném případě vzorek 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.

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 uvedeno výše.

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

V Liberci dne..... Podpis pacienta/ky (zák. zástupce):.....

Prohlašuji, že jsem pacienta/ku (zákonného zástupce) poučil/a a vysvětlil/a jí podstatu vyšetření způsobem, který byl podle mého názoru pro něj/ni srozumitelný. Prohlašuji, že jsem pacientovi/ce (zákonnému zástupci) jasně a srozumitelně vysvětlil/a účel, povahu, předpokládaný prospěch, následky i možná rizika výše uvedeného genetického laboratorního vyšetření. Rovněž jsem pacienta/ku (zákonného zástupce) 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 pacienta/ku (zákonného zástupce) i s možnými riziky a důsledky v případě odmítnutí tohoto vyšetření. Výsledky laboratorního vyšetření budou důvěrné a nebudou bez souhlasu pacienta/ky (zákonného zástupce) sdělovány třetí straně, pokud platné právní předpisy neurčují jinak.

V Liberci dne..... Podpis lékaře:

Identifikace zákonného zástupce pacienta:

Jméno a příjmení:

Vztah k pacientovi: matka/otec/jiný

Datum narození:

Varianta pro případ pacienta, který se nemůže podepsat nebo se odmítá podepsat:

Pacient odmítl podepsat informovaný souhlas. / Pacient se nemůže podepsat z důvodu, že:

(například: schopnost jemných pohybů ruky a pevného ovládání prstů jsou viditelně podstatně omezeny)

Pacient projevils svůj souhlas tak, že:

(například: ústně potvrdil všechna jednotlivá prohlášení)

Místo podpisu:

Datum a čas:

Podpis lékaře:

Jméno svědka:

(není-li svědek pracovníkem zdravotnického zařízení, uvede se adresa a datum narození svědka)

Podpis svědka:

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve třech stejnopisech, z nichž jeden obdrží vyšetřovaná osoba (zákonný zástupce), druhý informující lékař a třetí bude odeslán do příslušné laboratoře současně s odebraným vzorkem.