

SOUHLAS VYŠETŘOVANÉ OSOBY (ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE) S PRENATÁLNÍM GENETICKÝM LABORATORNÍM VYŠETŘENÍM

Jméno vyšetřované osoby:

Číslo pojištění (rodné číslo):

Účel genetického laboratorního vyšetření

Zjištění nemoci u plodu:

a) z důvodu zvýšeného rizika vrozené chromosomální aberace plodu

 pro věk těhotné 35 let/partnera 50 let a více pro patologické hodnoty těhotenského screeningu pro patologický ultrazvukový nález u plodu pro mnohočetné vady plodu v předchozím těhotenství jiné důvody dle sdělení lékaře – genetika:

Riziko postižení plodu chromosomálními vadami je stanoveno na %.

Riziko M. Down ze screeningu činí:

b) z důvodu zvýšeného rizika rozštěpových vad plodu (lebky, páteře a břišní stěny)

 pro zvýšené AFP v těhotenském screeningu. pro patologický ultrazvukový nález u plodu**Předpokládaný prospěch tohoto vyšetření:**

A. Prohlášení lékaře

Prohlašuji, že jsem vyšetřované osobě (zákonnému zástupci) jasně a srozumitelně vysvětlil/a účel, povahu, předpokládaný prospěch, následky i možná rizika výše uvedeného genetického laboratorního vyšetření.

Vyšetřovanou osobu (zákonného zástupce) jsem rovněž seznámil/a s možnými výsledky vyšetření včetně tzv. náhodných nálezů (např. zvýšené riziko rozvoje závažných onemocnění s pozdním nástupem, informace o přenašečství geneticky podmíněných chorob atd.). Informace o těchto dispozicích však není primárním cílem vyšetření. Možným nálezem je i varianta neznámého klinického významu, ke které se dle současného stupně poznání nelze přesně vyjádřit.

Dále jsem vyšetřované osobě (zákonnému zástupci) vysvětlil/a 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 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:

B. Prohlášení vyšetřované osoby

Prohlašuji, že jsem informována o způsobu odběru a možných rizicích (krátkodobém odtoku plodové vody, krvácení, příp. až samovolném potratu), které činí v případě odběru plodové vody 0,5 - 1 %, v případě odběru pupečnickové krve či placenty 2 - 4 % nad obecnou úroveň potratů. Riziko neúspěšné kultivace (vypěstování) buněk vody plodové se v závislosti na kvalitě odběru pohybuje v rozmezí 0,1 - 0,8 %.

Prohlašuji, že toto vyšetření postupuji dobrovolně a dle výsledků se svobodně rozhodnu, zda budu žádat o ukončení těhotenství z důvodů genetických do 24. týdne těhotenství.

Zároveň jsem si vědoma, že tímto vyšetřením nelze odhalit většinu jinak vzniklých vad (např. srdečních vad, rozštěpů obličeje, defektů končetin apod.).

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. Měla jsem možnost vše



Pacient/ka:

Rodné číslo:

si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měla jsem možnost se lékaře zeptat na vše, co jsem považovala za pro mne podstatné a potřebné vědět a probrat s ním vše, čemu jsem nerozuměla. Na tyto mé dotazy jsem dostala jasnou a srozumitelnou odpověď.

B.1 Požadovaná vyšetření: **Cytogenetické a molekulárně cytogenetické vyšetření (analýza chromosomů)** **Molekulárně genetické vyšetření (analýza nukleových kyselin)** **Jiná vyšetření:****Ze vzorku:** plodová voda pupečnicková krev placenta jiné:**B.2 Dále si přeji následující:**Abych byl/a seznámen/a s výsledky genetického laboratorního vyšetření ANO NEAbych byl/a seznámen/a s výsledky náhodných nálezů ANO NEAby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby (po ověření totožnosti) ANO NESouhlasím se zapsáním mé osoby do registru nemocných s následující chorobou ANO NE**B.3 Rozhodl/a jsem, že se vzorkem bude po ukončení testování naloženo takto:**

Souhlasím se skladováním vzorku (vzorků) pro případnou další analýzu provedenou k mému prospěchu a prospěchu mé rodiny, pokud to bude možné. V opačném případě bude můj vzorek (vzorky) 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. Před případným dalším vyšetřením budu vždy poučen/a a nově navrhovaná genetická laboratorní vyšetření budou provedena až s mým aktuálním informovaným souhlasem. ANO NE

Souhlasím s anonymním využitím vzorku a souvisejících údajů ve zdravotnické dokumentaci (vč. fotodokumentace) pro účely klinické interpretace a lékařského výzkumu ANO NE

Souhlasím s anonymním využitím vzorku a souvisejících údajů ve zdravotnické dokumentaci (vč. fotodokumentace) pro účely výuky. ANO NE

Souhlasím s anonymním využitím vzorku a souvisejících údajů ve zdravotnické dokumentaci pro účely kontrol kvality. ANO NE

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

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že s odběrem příslušného vzorku z mého těla a s provedením výše popsaného genetického laboratorního vyšetření s vědomím všech následků, na které jsem byla upozorněn/a:

 SOUHLASÍM **NESOUHLASÍM****Podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce):**

V Plzni dne: v hodin

Zákonný zástupce: Vztah:
titul jméno příjmení (např. matka, otec, opatrovník aj.)Narozen/a: Bydliště:
(liší-li se od bydliště pacienta/ky)