

**Zelená linka:** 800 110 210, **svozová služba:** pondělí - pátek 6³⁰ - 16⁰⁰ - 602 747 925

Zlín, tř. T. Bati 3910 (bývalá budova ČSAD)	odběry: 6 ⁴⁵ - 14 ⁰⁰	Otrokovice, tř. T. Bati 1566 (Zdravotní středisko TOMA)	odběry: 6 ³⁰ - 10 ⁴⁵
Zlín, tř. T. Bati 3705 (budova polikliniky)	odběry: 6 ³⁰ - 14 ³⁰	Otrokovice, Tř. Osvobození 1388 (budova polikliniky)	odběry: 6 ⁴⁵ - 14 ⁰⁰
Zlín-Malenovice, Zahradní 973 (budova polikliniky)	odběry: 6 ³⁰ - 11 ⁰⁰	Napajedla, Sadová 1042 (Zdravotní středisko)	odběry: 6 ⁴⁵ - 12 ³⁰
Vsetín, Mostecká 357 (Osteologie)	odběry: 7 ⁰⁰ - 11 ⁰⁰	Luhačovice, Masarykova 315 (Zdravotní středisko)	odběry: 7 ⁰⁰ - 12 ⁰⁰
Vizovice, Masarykovo nám. 1325 (Zdravotní středisko)	odběry: 6 ⁰⁰ - 10 ⁰⁰	Lipník nad Bečvou, Osecká 309 (budova Medcentrum)	odběry: 6 ⁰⁰ - 9 ³⁰
Valašské Klobouky, Krátká 798 (budova polikliniky)	odběry: 6 ³⁰ - 14 ⁰⁰	Hranice, Na Náspech 78 (Zdravotní středisko)	odběry: 6 ³⁰ -13 ⁰⁰ , pá: 6 ³⁰ -8 ³⁰
Uherský Brod, Partyzánů 2174 (budova městské polikliniky)	odběry: 6 ³⁰ - 14 ³⁰	Brumov-Bylnice, Družba 1189 (Zdravotní středisko)	odběry: út, čt, pá 7 ⁰⁰ - 10 ³⁰

Jméno a příjmení vyšetřované/ho:**Rodné číslo:****Jméno a příjmení zákonného zástupce:****Vztah k vyšetřované osobě:**Seznam akreditovaných
metod naleznete
na www.vaselaboratore.cz**Účel genetického laboratorního vyšetření**

<input type="checkbox"/> Ověření/potvrzení diagnózy nemoci a/nebo vývojové vady:
<input type="checkbox"/> Zjištění predispozice pro nemoc a/nebo vývojovou vadu:
<input type="checkbox"/> Zjištění přenašečství pro nemoc a/nebo vývojovou vadu:
<input type="checkbox"/> K optimalizaci léčby:
<input type="checkbox"/> Stanovení předpokládané patologie plodu

Alternativy navrhovaného genetického vyšetření (jejich vhodnost, přínos a rizika):.....
.....**Prohlášení vyšetřované osoby****B. 1. Za výše uvedeným účelem souhlasím s odběrem dále uvedeného vzorku z mého těla a s provedením těchto vyšetření:****Cytogenetická vyšetření**

<input type="checkbox"/> Karyotyp (analýza chromosomů)
<input type="checkbox"/> Jiné

Molekulárně genetická vyšetření

<input type="checkbox"/> Vyšetření pro chorobu:
<input type="checkbox"/> Jiné

Jiná vyšetření

<input type="checkbox"/>

Ze vzorku: periferní krev plodová voda CVS (klky) sliny
 pupečnicková krev placenta tkáň: kůže, sval jiné.....

B. 2. Souhlas vyšetřované osoby/zákonného zástupce:

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto poradenství ke genetickému laboratornímu vyšetření za účelem jak uvedeno shora a že jsem poskytnuté informace porozuměl/a. Lékařem mi bylo sděleno a vysvětleno následující:

- Účel, povaha, předpokládaný přínos genetického laboratorního vyšetření
- Možný dopad výsledků genetického vyšetření na mé zdraví, na zdraví mých potomků (budoucích generací) a zdraví geneticky příbuzných osob
- Rizika neočekávaných nálezů, což jsou nálezy, které nejsou účelem genetického laboratorního vyšetření, přesto je analýza genetické informace zjistí. Neočekávané nálezy lze rozdělit na skupinu nálezů, které mohou mít pro pacienta a osoby s ním geneticky příbuzné závažný dopad (např. zvýšená náchylnost k nádorovým onemocněním nebo nepotvrzení otcovství). Druhou skupinou jsou nálezy, které se odlišují nálezů běžných, ale jejich konkrétní dopad na současný a/nebo budoucí zdravotní stav pacienta a geneticky příbuzné osoby nelze na základě současných znalostí stanovit.

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 probat s ním vše, čemu jsem nerozuměl/a. Na ty to mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

B. 3. Rozhodl/a jsem, že se vzorkem bude po ukončení testování naloženo takto:

Souhlas se skladováním

Pokud to bude možné a/nebo účelné, bude můj vzorek skladován pro další vyšetření provedená k mému prospěchu a prospěchu mých příbuzných. Před genetickým vyšetřením, které by se provádělo za jinými účely než uvedeno v části A., budu řádně poučen/a a toto vyšetření bude vždy provedeno až s novým informovaným souhlasem. Vzorek bude skladován u poskytovatele zdravotních služeb uvedeného v záhlaví nebo v laboratoři spolupracujícího poskytovatele a to nejvýše po dobu 50 let.

- Jestliže bude vzorek mého biologického materiálu dále skladován, **souhlasím/nesouhlasím*** s jeho využitím ke kontrole kvality DNA diagnostiky (vzorek je použit jako kontrola pro vyšetření jiného pacienta).
- **Souhlasím/nesouhlasím*** s anonymním využitím skladovaného biologického materiálu v lékařském výzkumu dědičných onemocnění.
- **Souhlasím/nesouhlasím*** s tím, že mohu být znovu kontaktován/a, na adrese uvedené ve zdravotnické dokumentaci, za účelem souhlasu s využitím mého skladovaného biologického materiálu v konkrétním výzkumném projektu.

Nesouhlas se skladováním

Můj 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 že zlikvidování vzorku může vést ke zhoršení dostupnosti diagnostiky u rodinných příslušníků. Dále jsem si vědom, že pro další genetické testování bude nutný nový odběr materiálu.

B. 4. Dále si přeji následující:

- Abych s výsledky genetického laboratorního vyšetření: **byl(a) / nebyl(a) seznámen(a)***
- Abych s výsledky neočekávaných nálezů **byl(a)/nebyl(a) seznámen(a)***
- Aby o **výsledcích vyšetření a/nebo neočekávaných nálezech*** byly informovány následující osoby:

-
- **Souhlasím/nesouhlasím*** 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 anonymní formě.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s odběrem příslušného vzorku z mého těla a s provedením výše popsaného genetického laboratorního vyšetření s podmínkami uvedenými výše.

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

Podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce):

V **Dne:**

Jméno lékaře: **Podpis lékaře:**