

Žádanka na prediktivní genetické vyšetření - panel CarrierTest

Osobní data pacienta (štítek)		Indikující lékař:	
Jméno a příjmení: _____ Číslo pojištěnce: _____ Datum narození: _____ Muž <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/> Pojišťovna : _____ Samoplátce <input type="checkbox"/> Adresa : _____ Diagnóza (MKN): _____		(jméno, odbornost, IČP, pracoviště, razítko, podpis)	
Primární vzorek: periferní krev (5 ml nesrážlivé krve)			
<input type="checkbox"/> v K ₃ EDTA (molekulární genetika)		izolovaná DNA z:	
Datum a čas odběru:		Datum a čas indikace (pokud se liší od data odběru):	
Klinická data: (doplní odesílající lékař nebo přiloží klinickou zprávu k žádance)			<input type="checkbox"/> STATIM
Požadovaná vyšetření:			
Prediktivní testování známé familiární mutace genu z CarrierTestu - specifikace gen: _____ název mutace: _____ Proband v rodině - jméno/RČ nebo datum narození: _____			
Prediktivní testování partnera nositele mutace genu z CarrierTestu - specifikace gen: _____ Partner - jméno/RČ nebo datum narození: _____			
Informovaný souhlas* – pacient souhlasí s:			
s vyšetřením vzorku		s uskladněním vzorku v bance	
s využitím k interní/externí kontrole kvality		s využitím vzorku k výzkumným účelům	
žádá o sdělení náhodných nálezů		žádá o likvidaci vzorku po vyšetření	
*) Odesláním žádanky indikující lékař potvrzuje, že pacientem čízákonným zástupcem je podepsán IS, který je buď uložen v dokumentaci pacienta nebo je přiložen k této žádance			
Vyšetření provádí: GENNET, s.r.o., Laboratoře GENNET, Kostelní 9/292, 170 00 Praha 7, Tel.:222 313 000			
Záznamy laboratoře:			
Datum a čas příjmu vzorku/žádanky:		Vzorek/žádanku přijal(a):	

Informovaný souhlas s molekulárně genetickým vyšetřením

Souhlasím, aby můj vzorek byl vyšetřen v Centru lékařské genetiky a reprodukční medicíny GENNET, s.r.o. (dále Centrum) panelem genů CarrierTest se zaměřením na mutace genu: _____

Ze vzorku tkáně: **periferní krev
izolovaná DNA**

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. Potvrzuji svým podpisem, že jsem měl(a) možnost si toto prohlášení podrobně prostudovat a položit lékaři jakékoli související otázky.

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 za účelem eventuálního pozdějšího dovyšetření v závislosti na pokroku ve výzkumu v této oblasti.
 ANO NE

Souhlasím s případným využitím svého vzorku k výzkumným účelům
 ANO NE

Souhlasím s případným využitím svého vzorku k interní/externí kontrole kvality
 ANO NE

Žádám likvidaci mého vzorku po ukončení vyšetření
 ANO NE

Jméno a příjmení vyšetřovaného:

Číslo pojištěnce/datum narození:

Datum a podpis vyšetřovaného:

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

Jméno a příjmení:

Datum a podpis: