

Žádanka na genetické vyšetření pro přípravu preimplantační genetické vyšetření (PGT) - příbuzní, partner
(doprovodný dokument ke vzorkům partnera nebo příbuzných, jejichž analýza je nutná pro přípravu PGT)

Osobní data vyšetřované osoby (štítek):		Indikující lékař:	
Jméno a příjmení: Číslo pojištěnce: Datum narození: Pojišťovna: samoplátce Pohlaví: muž žena Adresa: Diagnóza (MNK):			
Primární vzorek:		Jiný materiál:	
periferní krev (5ml nesrážlivé krve v K3EDTA) jiný (prosím, specifikujte):.....		izolovaná DNA z:.....	
Datum a čas odběru:		Datum a čas indikace (pokud se liší od data odběru):	
Klinická data vyšetřované osoby (doplní odesílající lékař):			
Má tato osoba dané onemocnění?		ANO	NE
Výsledky vyšetření - bylo u této osoby provedeno genetické vyšetření zodpovědné mutace?		ANO	NE
Pokud ano, prosíme o zaslání zprávy s výsledkem.			
Toto vyšetření je nyní požadováno		ANO	NE
Pacientka, pro níž je PGT připravována:			
Jméno a příjmení:		Datum narození:	
PGT je připravována pro (doplňte název choroby):			
Vztah vyšetřované osoby k pacientce:			
Informovaný souhlas* – vyšetřovaná osoba souhlasí s:			
s vyšetřením vzorku s využitím k interní/externí kontrole kvality žádá o sdělení náhodných nálezů		s uskladněním vzorku v bance s využitím vzorku k výzkumným účelům žádá o likvidaci vzorku po vyšetření	
*) Odesláním žádanky indikující lékař potvrzuje, že pacientem či zákonným 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 a použit v Centru lékařské genetiky a reprodukční medicíny GENNET, s.r.o. (dále Centrum) pro přípravu PGT u pacientky uvedené v žádance.

Ze vzorku:

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 lékařovi 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 lékaře:

Datum a podpis lékaře: