

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) se zaměřením na:

karyotyp FISH ZCA
 trombofilní mutace cystickou fibrózu mikrolece chromozomu Y
 spinální muskulární atrofii odpověď na HS syndrom fragilního X chromozomu

Ze vzorku tkáně: **periferní krev**

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 mé 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 pojištění/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: