

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: