

Informovaný souhlas pacienta s výkonem

Cytogenetické a/nebo molekulárně-biologické vyšetření

Vážený pane,

vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován.

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám bylo lékařem doporučeno cytogenetické vyšetření, tj. vyšetření chromozomální výbavy a/nebo molekulárně-biologické vyšetření vybraných genů.

Co je cytogenetické, molekulárně-biologické vyšetření

Při cytogenetickém vyšetření jde o vyšetření přítomných chromozomů, při kterém se jednotlivé chromozomy zobrazují a zjišťuje se jejich počet nebo změny. Při molekulárně-biologickém vyšetření se v prvním kroku z odebraného biologického materiálu vyšetřovaného jedince izoluje jeho DNA a následně se pátrá po změnách – mutacích, které se mohou v jeho DNA vyskytovat. Pro tato vyšetření se používá různý biologický materiál – krev získaná běžným odběrem ze žíly, stěr ze sliznice dutiny ústní, kostní dřeň získaná punkcí nebo trepanobiopsií kostní dřeně, nádorová tkáň získaná při operaci apod.

Jaký je důvod (indikace) tohoto výkonu:

Tato vyšetření jsou nezbytná pro upřesnění diagnostiky Vašeho onemocnění, stanovení míry rizika onemocnění pro Vás event. pro Vaše příbuzné. Na základě výsledků je možné navrhnout program různých preventivních opatření podle charakteru Vašeho onemocnění s cílem včasného rozpoznání nebo snížení rizika vzniku klinicky závažných komplikací tohoto stavu.

V případě nádorových onemocnění je genetické vyšetření nezbytné k upřesnění diagnózy nebo k posouzení prognózy nádorového onemocnění a podle toho může být upřesněn typ a intenzita protinádorové léčby. Pravidelné sledování může u vybraných chorob sloužit jako velmi citlivý ukazatel trvající přítomnosti tohoto onemocnění.

Jaké jsou možné komplikace:

Nejčastější komplikací odběru krve z pacientovy žíly je krvácení s rozvojem modřiny v místě vpichu. Po odběru je nutno dodržet instrukci o stlačení místa vpichu po dobu alespoň 5 minut, aby se předešlo vzniku krevního výronu do podkoží a bolesti. Při dezinfekci kůže v okolí vpichu nebo při použití náplasti může vzniknout alergická reakce – pacient by měl ve vlastním zájmu svého lékaře nebo zdravotní sestru o event. alergii na dezinfekční prostředky a jiné léky nebo na náplast upozornit. Možné komplikace odběru kostní dřeně nebo odběru nádorové tkáně při operaci jsou součástí informovaných souhlasů s těmito výkony.

Toto vyšetření je dobrovolné a kdokoli z vyšetřovaných se může kdykoli svobodně rozhodnout, že nechce znát výsledky a odstoupit od dalšího vyšetřování. Takové rozhodnutí nebude mít žádný negativní vliv na jeho následnou zdravotní péči. Výsledky vyšetření budou uchovány jako důvěrná informace a budou sděleny dalším zdravotním subjektům pouze se souhlasem vyšetřovaného.

Identifikační údaje pacienta:

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	
-----------	--	--------	--	--------	--	-----	--

Plánovaný výkon:

Cytogenetické a/nebo molekulárně-biologické vyšetření
--

Vysvětlující pohovor provedl:

--

identifikace a podpis lékaře

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajil jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení výkonu či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.

Souhlasím s uchováním mé DNA v DNA bance Krevního centra FN Ostrava nebo Oddělení lékařské genetiky FN Ostrava nebo Onkologického centra J. G. Mendela Nový Jičín pro účely dalšího vyšetřování v mém zájmu, event. v zájmu ostatních členů rodiny.

Souhlasím s tím, aby byl můj vzorek DNA anonymně použit k výzkumným účelům. Jakákoliv manipulace se vzorkem mé DNA však se mnou bude předem konzultována a je podmíněna svým souhlasem.

Souhlasím s vyšetřovacím plánem a s anonymním zveřejněním anamnestických údajů a získaných výsledků v odborných publikacích. Souhlasím s uchováním mých osobních údajů v počítačové databázi geneticky vyšetřovaných osob.

Měl jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl. S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

V Ostravě dne:

.....
podpis pacienta, zákonného zástupce, opatrovníka