

Žádanka k cytogenetickému vyšetření

Jméno pacienta:				Jméno lékaře, Odbornost, IČP/IČZ, Razítko a podpis:
Číslo pojištěnce:				
Kód pojišťovny:		Pohlaví:	☐ muž ☐ žena	
Základní diagnóza:		ORPHA:		
Datum a čas odběru:				
Datum a čas přezkoumání:				
Datum a čas příjmu:				

Komentář

Časový požadavek provedení vyšetření:

☐

RUTINA

☐

STATIM

Materiál

☐	Krev (heparin)	☐	Plodová voda	☐	Choriová tkáň	☐	Tkáň plodu	☐	Placentární tkáň
☐	DNA	☐	Krev (EDTA)	☐	Jiný				

Vyšetření chromozomů klasickou cytogenetickou analýzou - stanovení karyotypu [A]

☐	Vyšetření chromozomů z periferní krve
☐	Vyšetření chromozomů z choriové tkáně
☐	Vyšetření chromozomů z plodové vody
☐	Vyšetření chromozomů z tkání dlouhodobě kultivovaných

Analýza variant lidského genomu na biočipu - microarray analýza [A]

☐	Celogenomová array
--------------------------	--------------------

Cytogenetická analýza periferních lymfocytů [A]

☐	CAPL
--------------------------	------

Vyšetření chromozomů metodou FISH [A]

☐	Prosíme o upřesnění požadavku:
--------------------------	--------------------------------

☐	Informovaný souhlas vyšetřované(ho) / zákonného zástupce je součástí žádanky
☐	Informovaný souhlas vyšetřované(ho) / zákonného zástupce je založený v lékařské dokumentaci


Zdravotnická laboratoř č. 8194 akreditovaná ČIA
dle platné verze ČSN EN ISO 15189

[A] - akreditované vyšetření (lze uplatnit flexibilní přístup k rozsahu akreditace)



M 8194

Informovaný souhlas vyšetřované(ho)/zákonného zástupce

Laboratorní cytogenetické vyšetření

Vážená paní, Vážený pane,

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

Vyšetření je prováděno pro diagnózu:

A. Prohlášení lékaře

Prohlašuji, že jsem vyšetřované osobě, popř. jejímu zákonnému zástupci, jasně a srozumitelně podal/a informaci o jejím zdravotním stavu, podstatě a účelu, předpokládaném prospěchu a možných následcích a rizicích výše uvedeného cytogenetického vyšetření (případně neočekávaných nálezů) a také o možných rizicích a důsledku případného odmítnutí tohoto vyšetření. Vyšetřovaná osoba byla informována o dobrovolnosti vyšetření a o skutečnosti, že může kdykoli od vyšetřování odstoupit bez udání důvodu. Byla ujistěna o důvěrnosti výsledků cytogenetického vyšetření a o skutečnosti, že tyto výsledky nebudou bez souhlasu vyšetřované osoby/zákonného zástupce sdělovány třetí osobě. S osobními údaji bude nakládáno v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů.

Vysvětlující pohovor provedl:

razítko a podpis lékaře

Místo a datum:

B. Prohlášení vyšetřované osoby/zákonného zástupce

Prohlašuji, že jsem byl/a lékařem srozumitelně informován/a o svém zdravotním stavu, popř. o zdravotním stavu osoby mnou zastupované, o důvodu plánovaného výše uvedeného vyšetření, o možném přínosu, ale také rizicích tohoto vyšetření, případných alternativních možnostech, o důsledcích nálezu (případně neočekávaných nálezů), které s sebou výsledky cytogenetického vyšetření mohou nést a také o důsledcích případného odmítnutí vyšetření. Veškeré tyto skutečnosti mi byly lékařem náležitě vysvětleny, porozuměl/a jsem jim a měl/a jsem možnost klást doplňující dotazy, které mi byly zodpovězeny. Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval/a o skutečnostech podstatných pro provedení vyšetření a nezatajil/a jsem žádné okolnosti, které jsou překážkou k provedení vyšetření.

Na základě poskytnutých informací a vlastního svobodného uvážení prohlašuji, že souhlasím s provedením výše uvedeného laboratorního cytogenetického vyšetření. Byl/a jsem poučen/a, že svůj souhlas mohu kdykoli odvolat bez udání důvodu.

Dále si přeji následující:

☐ **Přeji si** / ☐ **nepřeji si** být informován/a o výsledku cytogenetického vyšetření.

☐ **Přeji si**, aby o výsledku mého cytogenetického vyšetření byly informovány následující osoby:

Jméno:		Adresa:	
Jméno:		Adresa:	

☐ **Souhlasím** / ☐ **nesouhlasím*** s uchováním biologického materiálu pro účely případného dalšího vyšetřování.

☐ **Souhlasím** / ☐ **nesouhlasím*** s případným anonymním zveřejněním získaných výsledků v přednáškách a odborných publikacích.

☐ **Souhlasím** / ☐ **nesouhlasím*** s anonymním využitím biologického materiálu k lékařskému výzkumu.

☐ **Souhlasím** / ☐ **nesouhlasím*** se sdělením neočekávaných nálezů.

Identifikační údaje vyšetřované(ho):

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

Případně identifikační údaje zákonného zástupce:

Příjmení:		Jméno:		Datum narození:	
Vztah k vyšetřované osobě:					

Místo a datum:

podpis vyšetřované(ho), zákonného zástupce