

Žádanka k molekulárně genetickému vyšetření
FARMAKOGENETIKA

Jméno a příjmení:				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:	(vyplňuje LAB)			
Datum a čas příjmu:	(vyplňuje LAB)			

Provedení vyšetření:	☐ Rutina	☐ Statim (po předchozí domluvě)
-----------------------------	---------------------------------	--

Materiál:				
☐ Periferní krev (EDTA)	☐ Izolovaná DNA	☐ DNA již v laboratoři	☐ Jiný:	

K vyšetření je nutný informovaný souhlas pacienta				
☐ IS je dodaný společně se žádankou	☐ IS je založený v lékařské dokumentaci (nutno doplnit body níže)			
Pacient s uložením vzorku pro další analýzu	☐ souhlasí	☐ nesouhlasí		
Pacient s uložením a anonymním využitím DNA k výzkumu	☐ souhlasí	☐ nesouhlasí		
Pacient se sdělením neočekávaných nálezů	☐ souhlasí	☐ nesouhlasí		

Vyšetření:	
☐	TPMT (alely *2, *3A, *3B, *3C) - metabolismus thiopurinů [A] nutná dg. E88.8
☐	DPYD (alely *2A, *13, c.1236G>A/HapB3, c.2846A>T) - metabolismus 5-fluorouracilu [A] nutná dg. Cx.x
☐	CYP2C9 (alely *2, *3) - metabolismus warfarinu [A] nutná dg. E88.8
☐	VKORC1 (c.-1639G>A) - metabolismus warfarinu nutná dg. E88.8
☐	CYP2C19 (alely *2, *3, *17) nutná dg. E88.8
☐	TTR (celý gen)
☐	UGT1A1 (alely *28, *36, *37) - metabolismus irinotekanu [A]

Informovaný souhlas pacientky / pacienta
s Laboratorním molekulárně genetickým vyšetřením

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:	
Molekulárně genetické vyšetření (specifikujte):	
Ze vzorku: ☐ krev ☐ DNA ☐ jiné:	

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 molekulárně genetického 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 molekulárně genetického 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:

--

identifikace 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 molekulárně genetického 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 molekulárně genetického 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 molekulárně genetického vyšetření.

Přeji si, aby o výsledku mého molekulárně genetického vyšetření byly informovány následující osoby:

Příjmení:		Jméno:		Datum narození:	
Adresa:					
Příjmení:		Jméno:		Datum narození:	
Adresa:					

☐ Souhlasím / ☐ Nesouhlasím s uchováním mé DNA pro účely případného dalšího vyšetřování.

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

☐ Souhlasím / ☐ Nesouhlasím s anonymním využitím DNA k lékařskému výzkumu.

☐ Souhlasím / ☐ Nesouhlasím s případným zapsáním mé osoby do registru nemocných s příslušnou diagnózou.

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



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

[A] – vyšetření v rozsahu akreditace (lze uplatnit flexibilní přístup k rozsahu akreditace)

Katalog tiskopisů FNO - složka NLP, Kód MTZ: 3602571 Strana 2 (celkem 2) Revize číslo: 01



M 8194