

Žádanka k molekulárně genetickému vyšetření

ONKOGENETIKA – GERMINÁLNÍ GENOM

Jméno a příjmení:				Jméno lékaře, odbornost, IČP/IČZ, Razítko a podpis:
Číslo pojištěnce:				
Kód pojišťovny:	Pohlaví:	<input type="checkbox"/> muž	<input type="checkbox"/> žena	
Základní diagnóza:	Národnost:			
Datum a čas odběru:				
Datum a čas přezkoumání:	(vyplňuje LAB)			
Datum a čas příjmu:	(vyplňuje LAB)			

Hereditární nádorové syndromy - panel genů (indikace klinickým genetikem) [A]

Materiál:				
<input type="checkbox"/> DNA	<input type="checkbox"/> Periferní krev (EDTA)	<input type="checkbox"/> Parafinový blok	<input type="checkbox"/> Nativní materiál ve fyziologickém roztoku	
Provedení vyšetření:	<input type="checkbox"/> Rutina	<input type="checkbox"/> Statim (po předchozí domluvě)		
Účel vyšetření:	<input type="checkbox"/> Určení - potvrzení diagnózy	<input type="checkbox"/> Vyšetření za účelem léčby		
	<input type="checkbox"/> Konfirmační test (z druhého nezávislého odběru)	<input type="checkbox"/> Přehodnocení původního nálezu		
	<input type="checkbox"/> Prediktivní test u rodinného příslušníka probanda	<input type="checkbox"/> Ověření nálezu z nádorové tkáně		
Jméno a příjmení probanda:			Číslo pojištěnce:	
Sekvenční varianta:			Gen:	

Vyšetření:			
<input type="checkbox"/>	Hereditární nádorové syndromy – NGS panel* (Bioinformatická analýza se týká vždy celého panelu genů, zaškrtnutím níže uvedených polí je možno požadavek konkretizovat.)		
<input type="checkbox"/>	Syndromy rizika nádoru prsu / ovária	<input type="checkbox"/>	Dědičný karcinom prostaty
<input type="checkbox"/>	Li-Fraumeni syndrom	<input type="checkbox"/>	von Hippel Lindauova choroba
<input type="checkbox"/>	Lynchův syndrom, predispozice k nádoru kolorekta a endometria	<input type="checkbox"/>	Peutz-Jeghersův syndrom
<input type="checkbox"/>	Syndromy střevní polypózy: familiární adenomatózní polypóza, autozomálně recesivní polypóza, další syndromy	<input type="checkbox"/>	Mnohočetná endokrinní neoplázie
<input type="checkbox"/>	Cowdenův syndrom	<input type="checkbox"/>	Hereditární paragangliom
<input type="checkbox"/>	Familiární melanom / karcinom slinivky	<input type="checkbox"/>	Dědičný nádor ledviny
<input type="checkbox"/>	Kožní nádory - jiné	<input type="checkbox"/>	Neurofibromatóza
<input type="checkbox"/>	Dědičný karcinom žaludku	<input type="checkbox"/>	Syndrom DICER1

S žádankou prosím dodejte informovaný souhlas pacienta s analýzou DNA. Bez tohoto dokumentu nemůže být vzorek vyšetřen.

Komentář:

* Seznam vyšetřovaných genů a oblastí viz *Aktuální seznam činností prováděných v rámci flexibilního rozsahu akreditace*,


 Zdravotnická laboratoř č. 8233 akreditovaná ČIA
 podle ČSN EN ISO 15189:2013


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

M 8233

Fakultní nemocnice Ostrava
Informovaný souhlas pacienta(tky) 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:	<input type="checkbox"/> krev <input type="checkbox"/> plodová voda <input type="checkbox"/> choriová tkáň <input type="checkbox"/> DNA <input type="checkbox"/> 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 ujištěna 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 / **Nepřeji si** být informován/a o vedlejších nálezech v podobě genetických změn, jejichž povaha může být zárodečná a mohou být proto spojeny se zvýšeným rizikem rozvoje nádorů u mé osoby, popř. mých příbuzných (**týká se pacientů, kteří jsou indikováni k testování somatického genomu v nádorové tkáni**)

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.
 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