EliLab diagnostické laboratorní centrum
ELISABETH PHARMACON, spol. s r.o.
Rokycanova 4437/5 | 615 00 Brno | Česká republika
IČ: 26258412, DIČ: CZ26258412
Tel: +420 777 729 701 | E-mail: info@elilab.cz
www.elilab.cz

Informovaný souhlas klienta/klientky (zákonného zástupce) s diagnostickým genetickým testem

Číslo objednávky shodné s číslem na odběrové zkumavce: ……

Základní informace

Genetický test je specializované lékařské vyšetření, které by mělo u vyšetřované osoby potvrdit nebo vyloučit přítomnost dědičného onemocnění, a to přímou analýzou zděděného genetického materiálu (DNA, genů), případně stanovit riziko s jakým lze očekávat, že se u této osoby dědičné onemocnění vyvine. Genetické testování, stejně jako většina jiných diagnostických postupů, je dobrovolné a k jeho provedení je nutný informovaný souhlas, neboť se jedná o informace důvěrného charakteru.

Údaje o klientovi/klientce

Jméno a příjmení testované osoby: ……

Datum narození testované osoby: ……

Adresa, na kterou mají být odeslány výsledky vyšetření: ……
……

Molekulárně genetické vyšetření (zaškrtněte zvolená vyšetření):

☐ Trombofilní faktory

Polymorfizmus 20210 G/A genu pro faktor II
Polymorfizmus 1691 G/A genu pro faktor V
Polymorfizmus 677 C/T genu pro MTHFR
Polymorfizmus 1298 A/C genu pro MTHFR
Polymorfizmus 196 C/T genu pro GP IIIa

☐ Celiakie

alela DQA1*02
alela DQA1*03
alela DQA1*05
alela DQB1*02
alela DQB1*0302
alela DRB1*04

jsou tak zjištěny serologické ekvivalenty DQ2.5, DQ2.2 a DQ8.

☐ VPMD – věkem podmíněná makulární degenerace

CFH, ARMS2, HTRA1, C3

☐ Bechtěrevova choroba

HLA-B27

☐ Laktózová intolerance

C-13910T
G-22018A

☐ Artritida po borelióze

☐ Alzheimerova choroba

Druh vzorku: stěr z ústní sliznice

Vzorek DNA po provedení genetického testování zlikvidován dle platných směrnic s tím, že nebude již možné v budoucnosti výsledek vyšetření v případě potřeby znovu ověřit a pro eventuální další genetické testování bude nutný nový odběr materiálu.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Já, klient/klientka (zákonný zástupce) prohlašuji, že jsem se seznámil/a s informacemi o vyšetření (podstatou, účelem, povahou, postupem, úspěšností a alternativami). Měl/a jsem možnost položit doplňující dotazy, a pokud tomu tak bylo, veškeré mé dotazy, byly zodpovězeny. Nezamlčel/a jsem žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na volbu a provedení genetického vyšetření nebo by mohly ohrozit jiné osoby. **Na základě tohoto poučení prohlašuji, že SOUHLASÍM s provedením vyznačeného genetického testu/vyznačených genetických testů.** Jsem si vědom/a že informace, kterou obdržím o mém genetickém stavu, může být pro mě stresující. Výsledky testu budou důvěrné a nebudou bez mého souhlasu nikomu sdělovány. S výsledky genetického testování chci být seznámen/a.

Podpis klienta/klientky (jeho zákonného zástupce): ……

Datum a místo: ……

Jméno a příjmení zákonného zástupce: ……