

**ŽÁDANKA – Genetická determinace aterosklerózy a
trombofilie DNA ANALÝZA**

Genetická laboratoř, Centrum kardiovaskulární a transplantační
chirurgie Brno, Jihlavská 831/24, 625 00 Brno
tel.: 532 214 229, 603 144 121; e-mail: genlab@cktch.cz; www.cktch.cz/genlab

Odbornost				IČP žadatele								Datum odběru					Čas odběru				
Pojišťovna				ORPHA kód								Datum příjmu					Čas příjmu				

Jméno a příjmení								Pohlaví	M	Ž	?	Základní diagnóza				
Číslo pojištění								Datum narození				Ostatní diagnózy				

Materiál: ☐ periferní krev ☐ DNA z

☐ suchá krevní kapka ☐ ostatní

Informovaný souhlas je součástí žádanky (vyplňte prosím 2. stranu žádanky)

Razítko a podpis žadatele

Vyšetření

Genetická determinace aterosklerózy (viz www.cktch.cz/genlab)

☐ Poruchy metabolismu lipidů (NGS panel)*:

☐ Hypercholesterolémie

☐ Hypertriglyceridémie

☐ Hyperalfalipoproteinémie

☐ Hypobetalipoproteinémie

☐ Lipodystrofie

☐ ostatní.....

☐ APOB – familiární defekt apolipoproteinu B-100

☐ APOE – genotypizace apolipoproteinu E

☐ Vyšetření familiární varianty

RČ probanda:

Gen, varianta:

☐ STATIM (po domluvě)

*Ke správné interpretaci výsledků je nezbytné přiložení podrobné lékařské zprávy pacienta a specifikovat zaměření NGS vyšetření.

Genetická dispozice k trombofilii

☐ Faktor II – Protrombin (c.*97G>A)

☐ Faktor V – Leiden (c.1601G>A)

Ostatní

☐ Hereditární transthyretinová amyloidóza [TTR]

☐

Záznamy o provedeném vyšetření:

IČP: 72932050 Odbornost: 816

Datum	Kód	Počet
-------	-----	-------

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

Razítko laboratoře a podpis

Komentář:

Genetická laboratoř, Centrum kardiovaskulární a transplantační chirurgie Brno,
Jihlavská 831/24, 625 00 Brno; tel.: 532 214 226, 603 144 121; e-mail: genlab@cktch.cz

Souhlas vyšetřované osoby (zákonného zástupce) s genetickým laboratorním vyšetřením

Jméno vyšetřované osoby:.....

Číslo pojištění:.....

Molekulárně genetické vyšetření (onemocnění/gen):.....

A. Prohlášení lékaře:

Prohlašuji, že jsem vyšetřované osobě (zákonnému zástupci) srozumitelně vysvětlil účel, povahu, přínos, možná rizika a důsledky genetického laboratorního vyšetření. Současně jsem ji/ho seznámil(a) s možnými výsledky a limity vyšetření, včetně možných důsledků odmítnutí vyšetření. Vyšetřovaná osoba/zákonný zástupce měl(a) možnost klást otázky a obdržel(a) na ně srozumitelné odpovědi. Výsledky genetického laboratorního vyšetření budou považovány za důvěrné a bez souhlasu vyšetřované osoby/zákonného zástupce nebudou sdělovány třetí straně, pokud platné právní předpisy neurčují jinak.

Dne:.....

Jméno lékaře:..... Razítko a podpis:.....

B. Prohlášení vyšetřované osoby

Potvrzuji, že k výše uvedenému genetickému laboratornímu vyšetření mi byly poskytnuty dostatečné informace v jasné a srozumitelné podobě. Měl/a jsem dostatek času vše zvážit a možnost položit lékaři otázky týkající se vyšetření. Na všechny své dotazy jsem obdržel/a srozumitelné odpovědi.

- ☐ **Přeji** / ☐ **Nepřeji** si být informován/a o **výsledku** genetického laboratorního vyšetření.
- ☐ **Přeji** / ☐ **Nepřeji** si být seznámen/a s případnými neočekávanými medicínský významnými nálezy, které však nesouvisí se základní diagnózou mé osoby/osoby mnou zastupované.
- **Přeji si**, aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:
Jméno:..... Adresa:.....
Jméno:..... Adresa:.....
- ☐ **Souhlasím** / ☐ **Nesouhlasím** s případným **zapsáním** mé osoby **do registrů** geneticky vyšetřovaných osob.
- ☐ **Souhlasím** / ☐ **Nesouhlasím** s **uchováním DNA** pro účely dalšího vyšetřování v závislosti na pokroku ve výzkumu a v zájmu ostatních členů rodiny. Jsem si vědom/a, že v případě nesouhlasu, již nebude možné výsledek některých vyšetření dodatečně ověřit nebo doplnit a bude nutný nový odběr materiálu.
- ☐ **Souhlasím** / ☐ **Nesouhlasím** s využitím výsledků genetického laboratorního vyšetření a souvisejících informací o mém zdravotním stavu pro **vědecké, výzkumné a výukové účely**, přičemž údaje budou prezentovány a publikovány pouze v anonymizované či pseudonymizované formě.*
- ☐ **Souhlasím** / ☐ **Nesouhlasím** s využitím genetického vyšetření také pro účely biomedicínského výzkumu zaměřeného na zdraví a jeho poruchy. V této souvislosti může být biologický materiál, související údaje ze zdravotnické dokumentace a/nebo klinická data vztahující se ke zjištěným genetickým změnám využívány pro národní i mezinárodní výzkumné účely, a to výhradně v anonymizované nebo pseudonymizované formě.
- ☐ **Souhlasím** / ☐ **Nesouhlasím** s využitím biologického materiálu, výsledků genetických laboratorních vyšetření a souvisejících údajů o mém zdravotním stavu pro účely interních a externích kontrol kvality, validace a optimalizace diagnostických metod, a to výhradně v anonymizované nebo pseudonymizované formě.

V případě neoznačení daných možností Souhlasím / Nesouhlasím, bude postupováno jako v případě souhlasu.

S uvedenými osobními údaji bude nakládáno v souladu s Nařízením GDPR (EU) č. 2016/679 a platnými právními předpisy ČR. Zpracovávané údaje budou zabezpečeny tak, aby nemohlo dojít k úniku a zneužití těchto dat nepovolaným osobám.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s odběrem příslušného vzorku a s provedením výše popsaného genetického laboratorního vyšetření. Jsem si vědom(a), že svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

V..... Dne.....

Podpis vyšetřované osoby (popř. zákonného zástupce):

Jméno zákonného zástupce (hůlkovým písmem):.....

Vztah k vyšetřované osobě

* Souhlas zahrnuje rovněž využití údajů Masarykovou univerzitou, Žerotínovo nám. 617/9, 601 77 Brno, IČO: 00216224. Údaje mohou být v nezbytném rozsahu zpřístupněny zaměstnancům, studentům a spolupracujícím osobám Masarykovy univerzity podílející se na těchto činnostech.