

Oddělení epidemiologie a genetiky nádorů; Tel. 54313 6911

## **Souhlas vyšetřované/ho (zákonného zástupce) s genetickým laboratorním vyšetřením**

Příjmení, jméno:..... RČ.....  
Adresa..... PSČ.....  
Telefon:..... Zdrav. pojišťovna:.....

### **Informace**

Nádorová onemocnění jsou ve většině případů náhodně vzniklá onemocnění. U 5-10% případů však může být příčinou nemoci dědičná dispozice. Na Masarykově onkologickém ústavu je možné provedení genetického vyšetření, které může pacientům a jejich příbuzným v riziku pomoci laboratorního genetického vyšetření odhalit, zda se jedná o dědičnou formu nádorů a jaké je riziko, že by mohli být nádorovým onemocněním v budoucnu postiženi. Na základě těchto výsledků je navržena preventivní péče o jednotlivé členy rodiny, která může být naším ústavem poskytnuta. Vyšetření genů je dobrovolné a každý vyšetřovaný jedinec se může kdykoliv svobodně rozhodnout, zda chce či nechce znát výsledky a odstoupit od dalšího vyšetřování. Toto rozhodnutí nebude mít žádný negativní vliv na jeho/její následnou péči na našem ústavu. Pro každého je zajištěna možnost konzultace s dalšími odborníky našeho ústavu.

### **A. Prohlášení lékaře**

Prohlašuji, že jsem vyšetřované/mu (zákonnému zástupci vyšetřovaného) jasně a srozumitelně vysvětlil/a účel, povahu, předpokládaný prospěch, následky i možná rizika genetického laboratorního vyšetření. Rovněž jsem vyšetřovanou osobu seznámil/a s možnými výsledky a s důsledky toho, že by vyšetření nebylo možno za výše uvedeným účelem provést (nezdařilo by se) nebo by nemělo potřebnou vypovídací schopnost pro naplnění sledovaného účelu. Seznámil/a jsem vyšetřovanou osobu (zákonného zástupce) i s možnými riziky a důsledky v případě odmítnutí tohoto vyšetření. Výsledky laboratorního vyšetření budou důvěrné a nebudou bez souhlasu vyšetřované osoby/zákonného zástupce sdělovány třetí straně, pokud platné právní předpisy neurčují jinak.

Jméno lékaře: ..... Podpis: ..... Datum: .....

### **B. Prohlášení vyšetřované osoby**

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto genetické poradenství ke genetickému laboratornímu vyšetření za uvedeným účelem. Vše mi bylo sděleno a vysvětleno jasně a srozumitelně. Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se lékařem zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět a probrat s ním vše, čemu jsem nerozuměl/a. Na ty to mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

### **B.1 Souhlasím s odběrem krve a s provedením molekulárně genetického vyšetření za účelem**

### **B. 2 Dále si přeji následující:**

- Abych s výsledky genetického laboratorního vyšetření :  byl(a) /  nebyl(a) seznámen(a)
- Aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby (jméno a telefon)

### **B.3 Rozhodl(a) jsem, že se vzorkem bude po ukončení testování naloženo takto:**

- Pokud to bude možné, bude můj vzorek (vzorky) **skladován** pro další analýzu provedenou k mému prospěchu a prospěchu mé rodiny, ale vždy budu před dalším vyšetřením poučen(a) a nově navrhovaná genetická laboratorní vyšetření budou provedena až s mým aktuálním informovaným souhlasem.
- Můj vzorek (vzorky) bude po provedení genetického laboratorního vyšetření **zlikvidován** s tím rizikem, že nebude již možné v budoucnu získat výsledek vyšetření v případě potřeby znovu ověřit a pro další genetické testování bude nutný nový odběr materiálu.
- Souhlasím /  nesouhlasím s **anonymním** využitím **DNA k lékařskému výzkumu**

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s odběrem krve a s provedením výše popsaného genetického laboratorního vyšetření s podmínkami jak uvedeny výše.

Jsem si vědom/a, že svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

**Podpis vyšetřované osoby/zákonného zástupce**..... **Datum**.....

**Jméno zákonného zástupce**:..... **Rodné číslo**:.....

**Vztah k vyšetřované osobě**.....

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž jeden obdrží vyšetřovaná osoba (zákonný zástupce) a druhý informující lékař. Pro potřeby ostatních subjektů, podílejících se na diagnostice, se poskytuje (lékařem potvrzená) kopie tohoto dokumentu.