Informovaný souhlas pacienta(tky)

Genetické vyšetření

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).

Cílem genetického vyšetření je upřesnit, případně stanovit diagnózu u probanda (vyšetřovaného), typ dědičnosti onemocnění nebo vrozené vývojové vady, prognózu dalšího vývoje a současně i genetická rizika pro ostatní členy rodiny. Aby toto vyšetření bylo úplné s vyčerpáním všech diagnostických možností je nutno provést:

1. Rozbor údajů o zdravotním stavu nejen vyšetřovaných osob, ale i ostatních rodinných příslušníků. Proto Vám byly zaslány rodokmenové dotazníky, do kterých je třeba zaznamenat osobní a zdravotní data Vás i Vašich příbuzných. S případnou neúplností či nepřesností těchto dat, zvláště u vzdálenější „přízně“ se počítá a naše pracoviště je připraveno potřebná osobní a zdravotní data dohledat v registrech zdravotnických zařízení.

2. Laboratorní genetické vyšetření vzorku krve, který se zpracovává a analyzuje v naší cytogenetické nebo molekulárně genetické laboratoři (je-li třeba v jiných molekulárně genetických laboratořích, nejčastěji v Brně a Praze).

3. Konsiliární vyšetření lékařem jiné odbornosti v případě potřeby (např. neurologem, oftalmologem, ortopedem, aj.).

4. Vyšetření ostatních rodinných příslušníků v případě, že byla stanovena diagnóza geneticky podmíněného dědičného onemocnění na přítomnost zatím „klinicky němého“ onemocnění nebo „přenašečství“ pro dědičné onemocnění. Toto vyšetření náš lékař s Vámi bude konzultovat.

5. Vyšetření plodové vody (odběr, cytogenetická eventuálně DNA analýza, případně jiná vyšetření vzorku).

Po přečtení výše uvedeného postupu při genetickém vyšetření souhlasím s:	**ANO**	**NE**
1. poskytnutím osobních dat a údajů o zdravotním stavu mém, manžela (partnera), mých dětí a dalších rodinných příslušníků,	☐	☐
2. dohledáním potřebných zdravotnických dat o výše uvedených osobách v registrech zdravotnických zařízení (budou-li zapotřebí),	☐	☐
3. odběrem krve za účelem cytogenetického, molekulárně cytogenetického a molekulárně genetického vyšetření (DNA analýza) u osob, u kterých bude toto vyšetření potřebné,	☐	☐
4. doplněním odborných konsiliárních vyšetření (jen nezbytně nutných k upřesnění diagnózy),	☐	☐
5. odběrem a vyšetřením plodové vody v současném těhotenství,	☐	☐
6. pořízením fotodokumentace do zdravotnické dokumentace	☐	☐
7. informováním o výsledku genetického vyšetření těchto rodinných příslušníků:	☐	☐

Identifikační údaje pacienta(tky):

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení:		Jméno:		Titul:		RČ:	

Plánovaný výkon:

Genetické vyšetření

Vysvětlující pohovor provedl:

identifikace a podpis lékaře

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného vyšetření. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného vyšetření. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému vyšetření zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S provedením výše uvedeného vyšetření souhlasím.

Dále prohlašuji, že jsem pravdivě informoval(a) ošetřujícího lékaře o dosavadním vývoji zdravotního stavu, včetně informací o infekčních nemocech, o zdravotních službách poskytovaných jinými poskytovateli, o užívání léčivých přípravků, včetně užívání návykových látek, a dalších skutečnostech podstatných pro poskytování zdravotních služeb a nezatajil(a) jsem žádné okolnosti svého zdravotního stavu, které jsou překážkou v provedení vyšetření či mohou být v jakékoli souvislosti se vznikem komplikací.

V Ostravě dne: _____

_____
podpis pacienta(tky), zákonného zástupce, opatrovníka

Další vyšetřované osoby:

Vztah:	**Příjmení a jméno:**	**Poj.**	**Rodné číslo:**	**Podpis**

Dokument je duševním vlastnictvím FN Ostrava a je určen výhradně pro potřebu zaměstnanců FN Ostrava.