

Žádanka k cytogenetickému vyšetření

Jméno pacienta:			Jméno lékaře, Odbornost, IČP/IČZ, Razítko a podpis:	
Číslo pojištěnce:				
Kód pojišťovny:		Pohlaví:	<input type="checkbox"/> muž	<input type="checkbox"/> žena
Základní diagnóza:				
Datum a čas odběru:				
Datum a čas přezkoumání:				
Datum a čas příjmu:				

Komentář

Časový požadavek provedení vyšetření: RUTINA STATIM

Materiál

<input type="checkbox"/> Krev (heparin)	<input type="checkbox"/> Plodová voda	<input type="checkbox"/> Choriová tkáň	<input type="checkbox"/> Tkáň plodu	<input type="checkbox"/> Placentární tkáň
<input type="checkbox"/> DNA	<input type="checkbox"/> Jiný:			

Vyšetření chromozomů klasickou cytogenetickou analýzou - stanovení karyotypu [A]

<input type="checkbox"/>	Vyšetření chromozomů z periferní krve
<input type="checkbox"/>	Vyšetření chromozomů z choriové tkáně
<input type="checkbox"/>	Vyšetření chromozomů z plodové vody
<input type="checkbox"/>	Vyšetření chromozomů z tkání dlouhodobě kultivovaných

Analýza variant lidského genomu na biočipu - microarray analýza [A]

<input type="checkbox"/>	Celogenomová SNP array
--------------------------	------------------------

Cytogenetická analýza periferních lymfocytů [A]

<input type="checkbox"/>	CAPL
--------------------------	------

Vyšetření chromozomů metodou FISH [A]

<input type="checkbox"/>	Prosíme o upřesnění požadavku:
--------------------------	--------------------------------

Součástí žádanky je informovaný souhlas vyšetřované(ho)/zákonného zástupce s požadovaným cytogenetickým vyšetřením.



Zdravotnická laboratoř č. 8194 akreditovaná ČIA
podle ČSN EN ISO 15189:2013

[A] - akreditované vyšetření



M 8194

Informovaný souhlas vyšetřované(ho)/zákonného zástupce

Laboratorní cytogenetické 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).

Vyšetření je prováděno pro diagnózu:			
Typ vyšetření chromozomů:	<input type="checkbox"/> klasická cytogenetická analýza	<input type="checkbox"/> FISH	<input type="checkbox"/> microarray analýza
Ze vzorku:	<input type="checkbox"/> krev	<input type="checkbox"/> plodová voda	<input type="checkbox"/> choriová tkáň
	<input type="checkbox"/> tkáň plodu	<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 cytogenetického 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 cytogenetického 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:

razítko 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 cytogenetického 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 cytogenetického 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 cytogenetického vyšetření.

Přeji si, aby o výsledku mého cytogenetického vyšetření byly informovány následující osoby:

Jméno:		Adresa:	
Jméno:		Adresa:	

Souhlasím*/nesouhlasím* s uchováním buněčného sedimentu pro účely případného dalšího vyšetřování.

Souhlasím*/nesouhlasím* s případným anonymním zveřejněním získaných výsledků v přednáškách a odborných publikacích.

Souhlasím*/nesouhlasím* s anonymním využitím buněčného sedimentu 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

* Nehodící se škrtněte.