

## Informovaný souhlas rodiče/zákonného zástupce s vyšetřením dítěte

Příjmení:

Jméno:

RČ pacienta:

### 1. Název výkonu:

- a) Diagnostické genetické testování
- b) Kontrola kvality DNA diagnostiky a výzkum

### 2. Diagnóza, která vede k provedení výkonu: .....

### 3. Informace o potřebném diagnostickém/léčebném výkonu, včetně údaje o jeho účelu, povaze a následcích:

Genetické testování je specializované lékařské vyšetření, které by mělo u vyšetřované osoby potvrdit nebo vyloučit přítomnost dědičného onemocnění, a to přímou a/nebo nepřímou analýzou zděděného genetického materiálu (chromozomů, 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 Váš formální souhlas, neboť se jedná o informace vysoce důvěrného charakteru.

Molekulárně genetické vyšetření:

Diagnostické vyšetření pro chorobu: .....

Odběr biologického materiálu k uchování DNA v bance k event. dalšímu vyšetření:

DNA

### Ze vzorku:

periferní krev    stěr bukalní sliznice    tkáň: kůže, sval    jiný: .....

### 4. Rizika výkonu: .....

### 5. Alternativy výkonu:

Nejsou žádná alternativní řešení

Seznámil(a) jsem pacientku/zákonného zástupce s možnými alternativami navrhovaného vyšetření a jejich výhodami a nevýhodami, a to těmito:

.....  
.....  
.....

### 6. Údaje o možném omezení v obvyklém způsobu života a v pracovní schopnosti:

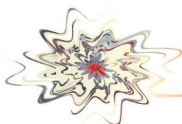
Předpokládaná doba hospitalizace: **0 dnů**

Předpokládaná doba, po kterou pacient(ka) nebude schopna vykonávat své povolání/studium: **0 dnů**

Další omezení v běžném způsobu života: **nejsou**

### 7. Údaje o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, o provedení kontrolních zdravotních výkonů:

Nejsou.



## Informovaný souhlas rodiče/zákonného zástupce s vyšetřením dítěte

### 8. Odpovědi na doplňující otázky pacientky/zákonného zástupce:

.....  
.....  
.....  
.....

### 9. Prohlášení lékaře/ky:

Prohlašuji, že jsem výše uvedeného pacienta rodiče/zákonného zástupce srozumitelným způsobem informoval(a) o zdravotním stavu dítěte, o veškerých shora uvedených skutečnostech, plánovaném vyšetření, léčebném postupu, a to včetně upozornění na možné komplikace. Rodič/zákonný zástupce byl též seznámen s plánovaným způsobem anestézie (sedace), bude-li použita.

.....

.....

Podpis lékaře/ky

### 10. Souhlas pacienta(ky)/zákonného zástupce:

Já, níže podepsaný(á), prohlašuji, že jsem byl(a) lékařem srozumitelně informován(a) o zdravotním stavu dítěte a o veškerých shora uvedených skutečnostech: o navrhovaném vyšetření, o možných výhodách a rizicích, o možných alternativách, o problémech, které je možno očekávat a o možných důsledcích odmítnutí. Údaje a poučení mi byly lékařem sděleny a vysvětleny, porozuměl(a) jsem jim a měl(a) jsem možnost klást doplňující otázky, které mi byly zodpovězeny. Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení souhlasím s provedením vyšetření, případně s použitím popsané anestézie (sedace), včetně provedení dalších výkonů, pokud by jejich neprovedení bezprostředně ohrozilo můj zdravotní stav/stav osoby mnou zastupované.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že **souhlasím s provedením vyznačeného genetického testu/vyznačených genetických testů.**

Jsem si vědom(a), že informace, kterou obdržím o genetickém stavu dítěte, může být pro mě stresující. Výsledky testu budou důvěrné a nebudou bez mého souhlasu nikomu sdělovány.

Přeji /  nepřeji si být seznámen s výsledky genetického testování

Souhlasím /  nesouhlasím s případným zapsáním dítěte do registru nemocných s:

.....

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

Pokud to bude možné, bude můj vzorek (vzorky) skladován pro event. **další genetické vyšetření**, ale vždy budu o další manipulaci s mým vzorkem (vzorky) řádně a včas poučen(a) a vyšetření budou provedena až s mým informovaným souhlasem.

Souhlasím se skladováním mého biologického materiálu a s jeho s anonymním využitím pro **výzkumné účely**.

Vzorek (případně vzorky) dítěte bude po provedení genetického testování **zlikvidován** dle platných směrnic s tím rizikem, že nebude již možné v budoucnosti výsledek vyšetření v případě potřeby znovu ověřit a pro event. další genetické testování bude nutný nový odběr materiálu.

Jiné: .....

.....

.....

Podpis rodiče/zákonného zástupce

### Identifikace zákonného zástupce:

Jméno a příjmení: .....

Datum narození: .....

Vztah k pacientovi: .....