

**Všeobecná fakultní nemocnice v Praze**

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2

IČ 00064165, tel. 224961111

**Informovaný souhlas s genetickým  
laboratorním vyšetřením**

IS-ÚLBLD-

TC-01

Strana 1 z 2

Verze číslo: 3

**ÚSTAV LÉKAŘSKÉ BIOCHEMIE A LABORATORNÍ DIAGNOSTIKY (ÚLBLD)**

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2

**Trombotické centrum VFN a 1. LF UK**

Karlovo náměstí /32, 128 08 Praha 2

Vedoucí pracoviště: Doc. MUDr. Tomáš Kvasnička, CSc.: tel: 22496 6235, 6285

**Jméno a příjmení:****r. č.:**

Zákonný zástupce pacienta (jméno, příjmení):

Vztah k vyšetřované osobě:

r. č.:

**Účel genetického laboratorního vyšetření:**

- zjištění predispozice pro:  trombembolickou nemoc
- k optimalizaci léčby:  kumariny (např. Warfarin)  thienopyridiny (např. Clopidogrel)
- ověření/potvrzení diagnózy:  hereditární hemochromatóza  myeloproliferativní nemoc

**Typ biologického vzorku, který je zapotřebí pro genetické laboratorní vyšetření:**

žilní krev

**Typ genetického laboratorního vyšetření - molekulárně genetické vyšetření genů pro:**

- koagulační faktor V Leiden (FVL G1691A)
- koagulační faktor II Protrombin (FII G20210A)
- methyilentetrahydrofolát reduktasa (MTHFR C677T a/nebo A1298C)
- inhibitor plazminogenového aktivátoru 1 (PAI-1 4G/5G)
- glykoprotein VI (GPVI 13254T>C)
- apolipoprotein E (ApoE2/E3/E4)
- cytochrom P450 + podjednotka C1 vitamin K epoxid reduktasy (– *hypersenzitivita na kumariny*: CYP2C9 C430T a A1075C + VKORC1 C1173T a G1639A)
- cytochrom P450 (– *rezistence ke klopidogrelu*: CYP2C19 G681A a G636A)
- HFE protein (HFE H63D a C282Y)
- tyrosinkinasu (BCR/ABL)
- jiné:

**Prohlášení lékaře:**

Prohlašuji, že jsem vyšetřované osobě (zákonnému zástupci) jasně a srozumitelně vysvětlil/a:

- účel, povahu, předpokládaný přínos, důsledky i možná rizika uvedených genetických laboratorních vyšetření,
- možná rizika a důsledky v případě odmítnutí těchto vyšetření,

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS Medea.

Pro potřeby ostatních subjektů, podílejících se na diagnostice, se poskytuje kopie tohoto dokumentu.



## Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

U Nemocnice 499/2, 128 08 Praha 2

IČ 00064165, tel. 224961111

### Informovaný souhlas s genetickým laboratorním vyšetřením

IS-ÚLBLD-  
TC-01

Strana 2 z 2  
Verze číslo: 3

**Jméno a příjmení:**

**r. č.:**

- postup provedení vyšetření, včetně přípravy a možných rizik výkonu,  
- možný dopad výsledků na jeho/její zdraví a zdraví geneticky příbuzných osob.  
Dále prohlašuji, že tyto výsledky vyšetření budou důvěrné a nebudou bez souhlasu vyšetřované osoby (zákonného zástupce) sdělovány třetí straně, pokud platné právní předpisy neurčují jinak.

#### **Prohlášení vyšetřované osoby:**

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto genetické poradenství ke genetickému laboratornímu vyšetření za účelem uvedeným výše a že jsem poskytnuté informaci porozuměl/a. Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se lékaře zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a potřebné vědět a probrat s ním vše, čemu jsem nerozuměl/a. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

#### **Rozhodl/a jsem, že se vzorkem bude po ukončení testování naloženo takto:**

Pokud to bude možné, bude můj vzorek skladován pro další vyšetření provedená k mému prospěchu a prospěchu mých příbuzných, přičemž budu vždy před dalším vyšetřením poučen/a a toto vyšetření bude provedeno až s novým informovaným souhlasem.

Jestliže bude můj vzorek skladován souhlasím:

s jeho anonymním využitím v lékařském výzkumu dědičných onemocnění.

s možností, že budu kontaktován/a na základě informací uvedených v mé zdravotnické dokumentaci a to za účelem souhlasu s využitím mého skladovaného vzorku v konkrétním výzkumném projektu.

Můj vzorek bude po provedení genetického laboratorního vyšetření uschován pouze po dobu nezbytně nutnou k ověření výsledku a pak bude zlikvidován s tím rizikem, že pro další genetické testování bude nutný nový odběr materiálu.

Souhlasím s využitím výsledků genetického laboratorního vyšetření a relevantních informací o mém zdravotním stavu, včetně fotodokumentace, k vědeckým a výukovým účelům za podmínky, že toto údaje budou prezentovány a publikovány pouze v anonymní formě.

#### **Dále si přeji:**

abych s výsledky genetického laboratorního vyšetření byl/a seznámen/a.

aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:

**Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s odběrem příslušného vzorku z mého těla a s provedením výše popsaného genetického laboratorního vyšetření s podmínkami uvedenými výše.**

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

V Praze Dne: .....

Podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce) .....

Jméno lékaře:

Podpis:.....

Tento formulář je k dispozici také přímo v NIS Medea.

Pro potřeby ostatních subjektů, podílejících se na diagnostice, se poskytuje kopie tohoto dokumentu.