



Informovaný súhlas pacienta(ky) / zákonného zástupcu s genetickým vyšetrením.

Údaje pacienta/ky :

Priezvisko: Meno: RČ:/.....

2. Diagnóza, ktorá vedie k vykonaniu výkonu:

3. Informácie o potrebnom diagnostickom/liečebnom výkone, vrátane údajov o jeho zmysle, povahe a následkoch:

Genetické testovanie je špecializované lekárske vyšetrenie, ktoré by malo u vyšetrovanej osoby potvrdiť alebo vylúčiť prítomnosť dedičného ochorenia, a to priamou a/alebo nepriamou analýzou zdedeného genetického materiálu (chromozómov, génov), prípadne stanoviť riziko, s akým možno očakávať, že sa dedičné ochorenie u tejto osoby vyvinie. Genetické testovanie, rovnako ako väčšina iných diagnostických postupov, je dobrovoľné a k jeho vykonaniu je nutný Váš formálny súhlas, pretože sa jedná o informácie vysoko dôverného charakteru.

- Molekulovo genetické vyšetrenie:
- Diagnostické vyšetrenie pre chorobu:
- Odber biologického materiálu k uchovaniu DNA v banke pre prípadné ďalšie vyšetrenie:
- DNA

Typ vzorky:

- periférna krv
- ster bukálnej sliznice
- tkanivo
- iný:

4. Rizika výkonu:

5. Alternatívy výkonu:

- Nie sú žiadne alternatívne riešenia
- Oboznámil(a) som pacientku/zákonného zástupcu s možnými alternatívami navrhovaného vyšetrenia a ich výhodami a nevýhodami, a to :

6. Údaje o možnom obmedzení obvyklého spôsobu života a pracovnej schopnosti:

Predpokladaná doba hospitalizácie: **0 dní**
Predpokladaná doba, počas ktorej pacient(ka) nebude schopný/á vykonávať svoje povolanie/štúdium: **0 dní**
Ďalšie obmedzenia v bežnom spôsobe života: **žiadne**

7. Údaje o liečebnom režime a preventívnych opatreniach, ktoré sú vhodné, o vykonaní kontrolných zdravotných výkonov:

Žiadne

8. Odpovede na doplnujúce otázky pacientky/zákonného zástupcu:

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



9. Vyhlásenie lekára/ky:

Vyhlasujem, že som vyššie uvedeného(nú) pacienta(ku)/zákonného zástupcu zrozumiteľným spôsobom informoval(a) o jeho/jej zdravotnom stave, o zdravotnom stave osoby ním/ňou zastupovanej a o všetkých hore uvedených skutočnostiach, plánovanom vyšetrení, liečebnom postupe, vrátane upozornenia na možné komplikácie. Pacient(ka)/zákonný zástupca bol(a) tiež oboznámený (a) s plánovaným spôsobom anestézie (sedácie), ak bude použitá.

.....
Dátum

.....
Podpis lekára/ky

10. Súhlas pacienta(ky)/zákonného zástupcu:

Ja, dolu podpísaný(á), vyhlasujem, že som bol(a) lekárom zrozumiteľne informovaný(á) o mojom zdravotnom stave/o zdravotnom stave osoby mnou zastupovanej a o všetkých hore uvedených skutočnostiach: o navrhovanom vyšetrení, o možných výhodách a rizikách, o možných alternatívach, o problémoch, ktoré možno očakávať a o možných dôsledkoch odmietnutia. Údaje a poučenie, ktoré mi boli lekárom oznámené a vysvetlené, som porozumel(a) a mal(a) som možnosť položiť doplňujúce otázky, na ktoré som dostal odpoveď. Na základe poskytnutých informácií a po vlastnom uvážení súhlasím s vykonaním vyšetrenia, prípadne s použitím popísanej anestézie (sedácie), vrátane vykonania ďalších výkonov, pokiaľ by ich nevykonanie bezprostredne ohrozilo môj zdravotný stav/stav osoby mnou zastupovanej. Na základe tohto poučenia vyhlasujem, že **súhlasím s vykonaním vyznačeného genetického testu/vyznačených genetických testov.**

Som si vedomý(á), že informácie, ktoré o mojom genetickom zdravotnom stave získam, môžu byť pre mňa stresujúce. Výsledky testu zostanú dôverné a bez môjho súhlasu nebudú nikomu oznámené.

Prejem / neprijem si byť oboznámený s výsledky genetického testovania

Súhlasím / nesúhlasím s prípadnou registráciou mojej osoby do registra chorých s ochorením:
.....

Rozhodol(a) som sa, že so vzorkou bude po ukončení testovania naložené takto:

Pokiaľ to bude možné, bude moja vzorka (vzorky) uskladnená pre event. ďalšie genetické vyšetrenia, ale vždy budem o ďalšej manipulácii s mojou vzorkou (vzorkami) riadne a včas poučený(á) a vyšetrenia budú vykonané až s mojim informovaným súhlasom.

Súhlasím s uchovaním môjho biologického materiálu a s jeho s anonymným využitím pre **výskumné účely.**

Moja vzorka (vzorky) bude po vykonaní genetického testovania **zlikvidovaná (é)** podľa platných smerníc s tým rizikom, že v budúcnosti už nebude v prípade potreby možné výsledok vyšetrenia znovu overiť a na vykonanie event. ďalšieho genetického testovania bude nutný nový odber materiálu.

iné:

V dňa

Podpis pacienta(ky) :

Identifikácia zákonného zástupcu:

Meno a priezvisko: Dátum narodenia:

Vzťah k pacientovi: