

Přijato:

**NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE, a.s. – CENTRÁLNÍ LABORATOŘE
LABORATOŘ MOLEKULÁRNÍ BIOLOGIE A GENETIKY**

B. Němcové 585/54, České Budějovice 370 01
LABORATOŘ: (Po-Pá 6:30 -15:00) tel.: **38 787 3011**, mimo prac. dobu tel.: 38 787 3535
PŘÍJEM MATERIÁLU: tel.: 38 787 3535
www.nemcb.cz

NCB_LMBG_F_018_C

MOLEKULÁRNÍ BIOLOGIE A GENETIKA

Číslo pojištění:

Datum narození:

Příjmení, jméno, kontakt:

Pohlaví:

Zdr. pojišťovna:

Diagnóza - kód:

Diagnóza slovně:

ODDĚLENÍ (RAZÍTKO) / KONTAKT

Jméno a podpis lékaře:

Datum a čas odběru:

Odebral:

HUMÁNNÍ GENOM (tel. 3013, 3011)

Materiál <input type="checkbox"/> STATIM	Hematologie	Cytogenetika
<input type="checkbox"/> periferní krev <input type="checkbox"/> kostní dřeň <input type="checkbox"/> plodová voda <input type="checkbox"/> tkáň <input type="checkbox"/> jiný <input type="checkbox"/> S pacientem je podepsán informovaný souhlas s genetickým laboratorním vyšetřením (pouze u dědičných mutací) viz zadní strana	<input type="checkbox"/> Trombofilní mutace (1) <input type="checkbox"/> Faktor V <input type="checkbox"/> Leidská mutace (R506Q) <input type="checkbox"/> R2 (H1299R) <input type="checkbox"/> Protrombin G20210A Indikace – trombotická centra <input type="checkbox"/> PAI-1 (4G/5G) (1) <input type="checkbox"/> MTHFR C677T (1) <input type="checkbox"/> MTHFR A1298C (1) <input type="checkbox"/> EPCR (A1, A2, A3) (1) <input type="checkbox"/> Faktor XIII (V34L) (1) <input type="checkbox"/> GPIIIa (L33P) (1)	KARYOTYP <input type="checkbox"/> periferní krev <input type="checkbox"/> STATIM (3) <input type="checkbox"/> periferní krev - zlomy (3) <input type="checkbox"/> tkáň (5) <input type="checkbox"/> Kostní dřeň (4) <input type="checkbox"/> Parafinový řez <input type="checkbox"/> Zvláštní požadavek:
Geneticky podmíněná onemocnění	Onkogenetika	FISH (3)
<input type="checkbox"/> Hemochromatóza (1) <input type="checkbox"/> C282Y, H63D, S65C <input type="checkbox"/> rozšířená analýza <input type="checkbox"/> Apo E (1) <input type="checkbox"/> Apo B100 (1) <input type="checkbox"/> LDL receptor (1) <input type="checkbox"/> Celiakie (1) <input type="checkbox"/> Laktózoová intolerance (1) <input type="checkbox"/> Fruktózoová intolerance (1) <input type="checkbox"/> HLA B-27 (Bechtěrevova ch.) (1) <input type="checkbox"/> Cystická fibróza (1) <input type="checkbox"/> Mikrodelece Y (azoospermie) (1) <input type="checkbox"/> Gilbertův syndrom (UGT1A1) (1) <input type="checkbox"/> CAH (kong. adren.hyperplázie) (1) <input type="checkbox"/> Screening subtelomer (MLPA) (1) <input type="checkbox"/> Screening mikrodelečních syndromů (MLPA) (1)	<input type="checkbox"/> MPN (1) <input type="checkbox"/> JAK-2 V617F <input type="checkbox"/> MPL - W515L, W515K <input type="checkbox"/> CALR - exon 9 <input type="checkbox"/> CML (6) <input type="checkbox"/> t(9;22) - bcr/abl kvalitativně <input type="checkbox"/> t(9;22) - bcr/abl kvantitativně <input type="checkbox"/> Klonalita lymfocytů (1)(8) <input type="checkbox"/> Klonalita B-lymfocytů <input type="checkbox"/> Klonalita T-lymfocytů <input type="checkbox"/> Mutační status IgVH (CLL) (1)	<input type="checkbox"/> Ca moč. měchýře - UROVYSION (7) <input type="checkbox"/> Oligodendrogliomy - panel aberací (5) aktuální nabídka vyšetření FISH viz Laboratorní příručka LMBG (www.nemcb.cz) <input type="checkbox"/> Array CGH (1) celogenomový screening Copy Number Variation
Farmakogenetika	Spermiogram	PODMÍNKY ODBĚRU, MATERIÁL
<input type="checkbox"/> CYP 2C19 (clopidogrel) (1) <input type="checkbox"/> CYP 2D6 (1) <input type="checkbox"/> CYP 2C9, VKORC1(warfarin) (1) <input type="checkbox"/> TPMT (azathioprin,...) (1) <input type="checkbox"/> UGT1A1 (irinotecan) (1) <input type="checkbox"/> DPD (5-FU) (1)	<input type="checkbox"/> Spermiogram <input type="checkbox"/> Izolace DNA (1) <input type="checkbox"/> Jiný požadavek (vypište) (1)	(1) nesrážlivá krev EDTA - fialová vakueta (2) nesrážlivá krev citrát - modrá vakueta (3) nesrážlivá krev heparin – zelená vakueta (4) kostní dřeň v PBS + heparin (5) čerstvá tkáň (6) nesrážlivá krev EDTA – ihned dopravit do laboratoře (7) Moč do zkumavky s puřem Carbowax (8) Jiný klinický materiál - sterilní odběrová nádoba

1/2

Kód pro objednávku NCB: F0264

! Informovaný souhlas s gen. lab. vyšetřením je nutný ke každému vyšetření zárodečného genomu !

Oddělení: Stanice:

Souhlas s genetickým laboratorním vyšetřením

Jméno a přijetí vyšetřované/ho:

Rodné číslo:

Jméno a přijetí zákonného zástupce:

Vztah k vyšetřované osobě:

A. Účel genetického laboratorního vyšetření

- Ověření/potvrzení diagnózy nemoci:
- Zjištění predispozice pro nemoc:
- Zjištění přenaščství pro nemoc:
- K optimalizaci léčby:
- Zjištění nemoci u plodu:

B. Prohlášení vyšetřované osoby

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto genetické poradenství ke genetickému laboratornímu vyšetření za účelem jak uvedeno shora. Vše mi bylo sděleno a vysvětleno jasně a srozumitelně. Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečném čase zvážit, měl/a jsem možnost se lékařem 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.

B. 1 Za účelem výše uvedeným souhlasím s odběrem dále uvedeného vzorku z mého těla a s provedením těchto vyšetření:

Cytogenetická vyšetření:

- Karyotyp (analýza chromosomů)
- Jiné

Molekulárně genetická vyšetření:

- Vyšetření pro choroby:
- Jiné

Jiná vyšetření:

.....

Ze vzorku:

- žilní krev pupečníková krev plodová voda placenta sliny tkáň: kůže, sval
- Jiné

B. 2 Dále si přeji následující:

- Abych s výsledky genetického laboratorního vyšetření: byl(a) / nebyl(a) seznámen (a) *
- Aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:

- Souhlasím/ nesouhlasím * s případným zapsáním mé osoby do registru nemocných s chorobou:
- * vybranou variantu označte

B. 3 Rozhodl (a) jsem, že se vzorkem bude po ukončení testování naloženo takto:

- Pokud to bude možné, bude můj vzorek (vzorky) skladován pro další analýzu provedenou k mému prospěchu a prospěchu mé rodiny, ale vždy budu před dalším vyšetřením poučena a nově navrhovaná genetická laboratorní vyšetření budou provedena až s mým aktuálním informovaným souhlasem.
- Můj vzorek (vzorky) bude po provedení genetického laboratorního vyšetření zlikvidován s tím rizikem, že nebude již možné v budoucnosti výsledky vyšetření v případě potřeby znovu ověřit a pro další genetické testování bude nutný nový odběr materiálu.
- Souhlasím / nesouhlasím s **anonymním** využitím DNA k **lékařskému výzkumu**

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.

Podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce)

V Českých Budějovicích, dne hod

Jméno zákonného zástupce:

Rodné číslo:

Vztah k vyšetřované osobě:

Jméno lékaře: Podpis:

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, z nichž jeden obdrží vyšetřovaná osoba (zákonný zástupce) a druhý informující lékař.

Pro potřeby ostatních subjektů, podílejících se na diagnostice, se poskytuje (lékařem potvrzená) kopie tohoto dokumentu.