FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ
Edvarda Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

INFORMOVANÝ SOUHLAS S MOLEKULÁRNĚ GENETICKÝM LABORATORNÍM VYŠETŘENÍM

Pacient/ka: ..... Narozen/a: .....
titul jméno příjmení

Rodné číslo (číslo pojištěnce): ..... / ..... Kód ZP: .....

Bydliště: .....

Vážená paní, vážený pane,

máte právo se svobodně rozhodnout o postupu při poskytování zdravotních služeb, pokud jiné právní předpisy toto právo nevylučují. K provedení navrhovaného zdravotního výkonu je potřeba Vašeho souhlasu. Pro usnadnění rozhodnutí Vám chceme podat následující informace.

Účel genetického laboratorního vyšetření

Ověření/potvrzení diagnózy, stanovení tkáňových znaků (HLA typizace), sledování možné přítomnosti patogenů anebo sledování účinnosti léčby. Výsledky laboratorního vyšetření jsou důvěrné a nejsou bez souhlasu pacienta sdělovány třetí straně, pokud platné právní předpisy neurčují jinak. Vyšetření není nijak náročné a je potřeba pouze odběr vzorku periferní krve nebo kostní dřeně.

PROHLÁŠENÍ PACIENTA/KY

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto poradenství ke genetickému laboratornímu vyšetření za účelem uvedeným výše. Vše mi bylo sděleno a vysvětleno jasně a srozumitelně. 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.

Za účelem výše uvedených vyšetření:

☐ Souhlasím s odběrem biologického materiálu a s provedením či opakovaným prováděním molekulárně genetických vyšetření během léčby mé nemoci.

☐ Souhlasím s následným uložením vzorku/vzorků mé DNA.

☐ **Přeji** ☐ **nepřeji** si být informován/a o výsledku genetického laboratorního vyšetření.

☐ **Souhlasím** ☐ **nesouhlasím** s anonymním využitím DNA k lékařskému výzkumu a zveřejnění výsledků v odborných publikacích.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s odběrem biologického materiálu a jeho využitím k provádění molekulárně genetických laboratorních vyšetření za uvedených podmínek. Informovaný souhlas uděluji na celou dobu léčení mého onemocnění na Hematologicko- onkologickém oddělení FN Plzeň. Jsem si vědom, že svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Lékař/ka (zdravotnický pracovník) poskytující údaje a poučení:

Výše jmenovanému pacientovi jsem poskytl/a informace týkající se darování, jeho přínos a rizika. Zodpověděl/a jsem všechny dárcovy dotazy.

.....

jmenovka (hůlkovým písmem nebo razítkem) ZOK podpis

V Plzni dne: ..... v ..... hodin .....
podpis pacienta

Tento formulář ani žádná jeho část nesmí být reprodukovány, publikovány a šířeny žádným způsobem a v žádné podobě bez výslovného svolení vedení FN Plzeň.