

ŽÁDANKA O VYŠETŘENÍ (genetika, informovaný souhlas)



ZDRAVOTNÍ ÚSTAV SE SÍDLEM V OSTRAVĚ

Partyzánské náměstí 2633/7, Moravská Ostrava, 702 00 Ostrava tel.: 596 200 111 www.zuova.cz
Gorkého 56/6, 602 00 Brno tel.: 541 421 204 IČZ: 91 866 000

Číslo vyšetření: (nevyplňujte):

Příjmení a jméno pacienta:

Číslo pojištěnce:
(resortní identifikátor)

Datum narození:

Kód pojišťovny: Samoplátce

Státní příslušnost:

Diagnózy: Muž Žena Gravidita

Bydliště:

Datum odběru:

E-mail:

Čas odběru:

Telefonní číslo:

Odebral:

Typ materiálu:

Krev: EDTA

IČZ/IČP, razítko a podpis odesílatele:

Požadované vyšetření:

- Celiakie, rizikové HLA alely Jiné:
 HLA B-27
 Laktózová intolerance

Informovaný souhlas:

A. Prohlášení lékaře – vyplňuje lékař

Prohlašuji, že jsem vyšetřovanému (zákonnému zástupci) jasně a srozumitelně vysvětlil/a účel, povahu, předpokládaný prospěch, následky a možná rizika výše uvedeného genetického laboratorního vyšetření. Rovněž jsem vyšetřovanou osobu seznámil/a s možnými výsledky a důsledky toho, že by vyšetření nebylo možno za výše uvedeným účelem provést (nezdařilo by se) nebo by nemělo potřebnou vypovídací schopnost pro naplnění sledovaného účelu. Seznámil/a jsem vyšetřovanou osobu i s možnými riziky a důsledky v případě odmítnutí tohoto vyšetření. Výsledky laboratorního vyšetření budou důvěrné a nebudou bez souhlasu vyšetřované osoby sdělovány třetí straně, pokud platné právní předpisy neurčují jinak.

Příjmení a jméno lékaře:

Podpis:

Datum:

Razítko:

B. Prohlášení vyšetřované/ho (zákonného zástupce)

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto odborné poradenství k výše uvedenému genetickému laboratornímu vyšetření. Vše mi bylo vysvětleno jasně a srozumitelně. Měl/a jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se lékařem zeptat na vše, co jsem považoval/a za podstatné a probrat s ním vše, čemu jsem nerozuměl/a. Na všechny dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. DNA bude uchována v laboratoři a anonymně využita k lékařskému výzkumu, popřípadě budou zveřejněny získané výsledky v odborných publikacích. (V případě nevyplnění bude považováno za souhlas.)

SOUHLASÍM

NESOUHLASÍM

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s odběrem příslušného vzorku a s provedením výše popsaného genetického laboratorního vyšetření. Jsem si vědom/a, že svůj souhlas mohu kdykoliv odvolat.

Prohlašuji, že jsem všem údajům, poučením a souhlasům, které mi byly sděleny a vysvětleny, porozuměl/a.

V

Dne:

Podpis vyšetřované/ho (zákonného zástupce):

Příjmení a jméno zákonného zástupce:

Datum narození:

Vztah k vyšetřované/ho: