

PRŮVODKA K NEINVEZIVNÍMU TESTOVÁNÍ ANEUPLOIDIÍ PANORAMA™

Účel genetického laboratorního vyšetření

 neinvazivní vyšetření trizomii chromozomů 21, 18, 13 a aneuploidii chromozomů X a Y

 včetně del 22q11.2

 včetně panelu mikrodelečních syndromů

INFORMACE O TĚHOTNÉ

Jméno a příjmení				
Číslo pojištěnce				
Datum narození				
Adresa				
Pojišťovna		Diagnóza		
Věk	let	Váha	kg	Výška
				cm

SOUČASNÁ GRAVIDITA

PM			
Termín porodu dle USG			
Těhotenství po IVF	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	
Darované vajíčko	<input type="checkbox"/> ANO	<input type="checkbox"/> NE	
Počet zavedených embryí		Počet plodů	
Chorionicita	<input type="checkbox"/> BB	<input type="checkbox"/> MB	<input type="checkbox"/> MM

ODBĚR VZORKU

Datum / čas			
Gestační stáří dle USG			
Primární vzorek	periferní krev		

SCREENING

Riziko	Trisomie 21 1/	Trisomie 18 1/	Trisomie 13 1/
Indikace	<input type="checkbox"/> vyšší věk těhotné	<input type="checkbox"/> pozitivní screening	<input type="checkbox"/> pozitivní RA
	<input type="checkbox"/> USG nález plodu	<input type="checkbox"/> ostatní	

Souhlas s laboratorním genetickým vyšetřením Panorama™

A. Prohlášení vyšetřované osoby

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto genetické 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 přiměřeném čase promyslet, 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. Dále prohlašuji, že jsem lékařem sdělil/a všechny skutečnosti významné pro posouzení mého zdravotního stavu. Akceptuji upozornění, že v případě nepravdivosti tohoto prohlášení nejsou společnost Bioptická laboratoř s.r.o. ani ošetřující lékař odpovědní za tím způsobené následky. Zavazuji se, že dojde-li k jakémukoli podstatné změně, budu společnost Bioptická laboratoř s.r.o. neprodleně písemně informovat.

 Přeji Nepřeji si být informován/a o výsledku genetického laboratorního vyšetření.

 Přeji Nepřeji si být informován/a o pohlaví plodu po dokončeném 12. týdnu těhotenství (nejde-li o vyšetření pro nemoc vázanou na pohlaví)

Přeji si, aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby:

Jméno _____ Adresa _____

Souhlasím / nesouhlasím* s uchováním mé DNA pro účely dalšího vyšetřování v závislosti na pokroku ve výzkumu a v zájmu ostatních členů rodiny.

Souhlasím / nesouhlasím* s anonymním využitím DNA k lékařskému výzkumu a zveřejněním získaných výsledků v odborných publikacích.

* nehodící se škrtněte

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že souhlasím s odběrem příslušného vzorku a s provedením popsáního 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 osoby (zákonného zástupce) _____

Jméno zákonného zástupce: _____ Datum narození: _____ Vztah k vyšetřované osobě: _____

B. Prohlášení lékaře

Prohlašuji, že jsem vyšetřované/mu (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 výpovědní schopnost pro naplnění sledovaného účelu. Seznámil/a jsem vyšetřovanou osobu s riziky neočekávaných nálezů, 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. Informace o pohlaví plodu sdělím se souhlasem a na žádost vyšetřované osoby či zákonného zástupce dotyčnému až po dokončeném 12. týdnu těhotenství (nejde-li o vyšetření pro nemoc vázanou na pohlaví).

Identifikace odesílajícího lékaře/zařízení (IČP): _____ Podpis a razítko _____ Dne _____

 Klientka hradí vyšetření v ordinaci lékaře/lékařky na účet Bioptické laboratoře