

HDS Náchod

Informovaný souhlas s odběrem na molekulárně genetické vyšetření

Pacient:

Cíl, povaha a postup výkonu:

Jedná se o laboratorní vyšetření, při kterém se zjišťuje jakou variantou genu je vyšetřovaný vybaven. Materiál se získá odběrem požadovaného množství žilní krve.

Očekávaný přínos výkonu:

Potvrzení a určení genů transplantability.

Rizika a komplikace výkonu:

Nejčastějším rizikem při odběru krve ze žíly je hematoma / modřina / v místě vpichu.

Omezení po provedeném výkonu:

Po odběru je nutné vpich několik minut stlačit prsty, aby se zastavilo krvácení a zabránilo se tak vzniku hematomu.

A: Prohlášení vyšetřované osoby

Potvrzuji, že mi byly poskytnuty informace k laboratornímu odběru za účelem stanovení genů pro případnou transplantaci ledviny. Vše mi bylo vysvětleno jasně a srozumitelně.

Měl/a jsem i dostatek času a klidu si vše řádně promyslet a v případě nejasností se znovu na vše, co jsem považoval/a za důležité, zeptat lékaře. Na dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď. **Souhlasím:**

- s odběrem na HLA typizaci – stanovení genů na transplantaci ledviny
- s anonymním využitím mého vzorku DNA k vědeckým účelům
- se skladováním vzorků své DNA pro další analýzu k mému prospěchu
- nesouhlasím s uchováním své DNA**

B: Prohlášení lékaře, který podal informace o vyšetření pacientovi / opatrovníkovi

Prohlašuji, že jsem vyšetřované/mu / opatrovníkovi jasně a srozumitelně vysvětlil účel, povahu, předpokládaný prospěch, následky i možná rizika níže uvedeného genetického laboratorního vyšetření. Seznámil jsem vyšetřovaného s možnými riziky a důsledky v případě odmítnutí tohoto vyšetření. Výsledky vyšetření jsou důvěrné a za dodržování právních i legislativních norem o ochraně osobních údajů budou se souhlasem vyšetřované osoby / opatrovníka sdělovány třetí straně za účelem zařazení na Čekací listinu na transplantaci ledviny.

Pracoviště :

Jméno lékaře :

Podpis :

Dne

Varianta pro případ, kdy s poskytováním zdravotní péče souhlasí, ale nemůže se podepsat:

Svěděk:

(Jméno, příjmení, není – li svědek zaměstnanec ONN, tak adresa a datum narození)

Prohlašuji, že pacient přede mnou projevil svou vůli, že po poučení s vyšetřením souhlasí:

Pacient se nemůže podepsat z důvodu:

Pacient projevil svůj souhlas tak, že:

Podpis svědka:

Podpis vyšetřované osoby / opatrovníka

V Náchodě

Dne

Tento informovaný souhlas je vyhotoven pro potřeby HDS a je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi. Pro potřeby ostatních subjektů podílejících se na diagnostice se poskytuje lékařem potvrzená kopie.