

Žádanka na HLA serologické vyšetření

Jméno a příjmení:

Pohlaví:

Číslo pojištěnce:

Kód pojišťovny:

Diagnóza:

Datum a čas odběru:

Ordinující lékař:

IČP:

Odbornost:

Adresa:

Razítko a podpis:

POŽADAVKY NA VYŠETŘENÍ (zaškrtněte požadované vyšetření)

Typizace HLA antigenů

množství krve/ odběrová zkumavka

HLA-B27 - serologicky

5 ml/ heparin

HLA-A, -B, -Cw - serologicky

9 ml/ heparin

HLA-A, -B, -C genotypizací (nízké rozlišení)

5 ml/EDTA

POUZE S INFORMOVANÝM SOUHLASEM PACIENTA

S GENETICKÝM LABOTATORNÍM VYŠETŘNÍM A PO TELEFONICKÉM OBJEDNÁNÍ

Vyšetření před možnou HSCT

2 ml/ srážlivá (pacient), 5 ml/ heparin (dárce),

Pacient před HSCT s HLA neshodným nepříbuz. dárce: jen vyšetření HLA protilátek

Pacient před haploidentickou HSCT: lymfocytotoxický crossmatch + HLA protilátky

Dárce pro pacienta (jméno a rodné č.)

Vyšetření ostatní

Vyšetření HLA protilátek 4 ml/ srážlivá

Lymfocytotoxický crossmatch pro výběr trombocytů: 5 ml/ heparin (dárce), 2 ml/ srážlivá (příjemce)

DALŠÍ SDĚLENÍ PRO LABORATOŘ:

Poznámka

Odběr primárního vzorku byl proveden s informovaným souhlasem pacienta a dle pokynů laboratorní příručky www.uhkt.cz

INTERNÍ PACIENT ÚHKT: pro genotypizaci HLA-A, -B, -C – nakládání se vzorkem po vyšetření (podle informovaného souhlasu pacienta)

uchovat vzorek DNA ne


anonymně použít DNA pro vědecké účely ne

VYPLŇUJE LABORATOŘ:

Číslo materiálu:

Datum a čas přijetí vzorku:

Převzal a přezkoumal:

Název formuláře Informovaný souhlas	 Ústav hematologie a krevní transfuze
Název úseku Komplement laboratoří ÚHK	Identifikace: F_SMJ_87 Platné od: 1. 1. 2022, Verze: A3

Souhlas s genetickým laboratorním vyšetřením

Jméno a příjmení vyšetřované/ho:

Rodné číslo:

Jméno a příjmení zákonného zástupce:

Vztah k vyšetřované osobě:

A. Účel genetického laboratorního vyšetření

Ověření/potvrzení diagnózy nemoci a/nebo vývojové vady:

Zjištění predispozice pro nemoc a/nebo vývojovou vadu:

Zjištění přenašečství pro nemoc a/nebo vývojovou vadu:

K optimalizaci léčby:

Alternativy navrhovaného genetického vyšetření (jejich vhodnost, přínos a rizika):

B. Prohlášení vyšetřované osoby

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

Molekulárně genetická vyšetření:

Vyšetření pro chorobu:

Jiné

Ze vzorku:

Žilní krev

Jiné

B. 2. Souhlas vyšetřované osoby/zákonného zástupce:

Potvrzuji, že mi bylo poskytnuto poradenství ke genetickému laboratornímu vyšetření za účelem, jak uvedeno shora a že jsem poskytnuté informaci porozuměl/a. Lékařem mi bylo sděleno a vysvětleno následující:

- Účel, povaha, předpokládaný přínos genetického laboratorního vyšetření
- Možný dopad výsledků genetického vyšetření na mé zdraví, na zdraví mých potomků (budoucích generací) a zdraví geneticky příbuzných osob
- Rizika neočekávaných nálezů, což jsou nálezy, které nejsou účelem genetického laboratorního vyšetření, přesto je analýza genetické informace zjistí. Neočekávané nálezy lze rozdělit na skupinu nálezů, které mohou mít pro pacienta a osoby s ním geneticky příbuzné závažný dopad (např. nepotvrzení otcovství). Druhou skupinou jsou nálezy, které se odlišují nálezů běžných, ale jejich konkrétní dopad na současný a/nebo budoucí zdravotní stav pacienta a geneticky příbuzné osoby nelze na základě současných znalostí stanovit.

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 ty to mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.


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

(zaškrtněte prosím zvolené varianty!)

Souhlas se skladováním

Pokud to bude možné a/nebo účelné, bude můj vzorek skladován pro další vyšetření provedená k mému prospěchu a prospěchu mých příbuzných. Před genetickým vyšetřením, které by se provádělo za jinými účely, než

* vybranou variantu označte

Název formuláře Informovaný souhlas	 Ústav hematologie a krevní transfuze
Název úseku Komplement laboratoří ÚHKT	Identifikace: F_SMJ_87 Platné od: 1. 1. 2022, Verze: A3

uvedeno v části A., budu řádně poučen/a a toto vyšetření bude vždy provedeno až s novým informovaným souhlasem. Vzorek bude skladován u poskytovatele zdravotních služeb uvedeného v záhlaví nebo v laboratoři spolupracujícího poskytovatele, a to nejvýše po dobu 50 let.

- Souhlasím / nesouhlasím* s jeho využitím ke kontrole kvality DNA diagnostiky (vzorek je použit jako kontrola pro vyšetření jiného pacienta).
- Souhlasím / nesouhlasím* s anonymním využitím skladovaného biologického materiálu v lékařském výzkumu dědičných onemocnění.
- Souhlasím / nesouhlasím* s tím, že mohu být znovu kontaktován/a, na adrese uvedené ve zdravotnické dokumentaci, za účelem souhlasu s využitím mého skladovaného biologického materiálu v konkrétním výzkumném projektu.

Nesouhlas se skladováním

Můj vzorek bude po provedení genetického laboratorního vyšetření zlikvidován s tím rizikem, že nebude již možné v budoucnosti výsledek vyšetření v případě potřeby znovu ověřit a že zlikvidování vzorku může vést ke zhoršení dostupnosti diagnostiky u rodinných příslušníků. Dále jsem si vědom, že pro další genetické testování bude nutný nový odběr materiálu.

B. 4. Dále si přeji následující:

- Abych s výsledky genetického laboratorního vyšetření: byl(a) / nebyl(a) seznámen (a)*
- Abych s výsledky neočekávaných nálezů byl(a)/nebyl(a) seznámen(a)*
- Aby o výsledcích vyšetření a/nebo neočekávaných nálezech * byly informovány následující osoby:
- Souhlasím/ nesouhlasím * s využitím výsledků genetického laboratorního vyšetření a relevantních informací o mém zdravotním stavu, včetně fotodokumentace, k vědeckým a výukovým účelům za podmínky, že tyto údaje budou prezentovány a publikovány pouze v anonymní formě.

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 písemně odvolat.

Podpis vyšetřované osoby (zákonného zástupce)

V

Dne.....

Jméno lékaře:

Podpis:

* vybranou variantu označte