

**ŽÁDANKA – Molekulární genetiky poruch imunity  
DNA /RNA/ ANALÝZA**

**Genetická laboratoř**, Centrum kardiovaskulární a  
transplantační chirurgie Brno, Výstavní 17/19,  
603 00 Brno; tel.: 543182546, 18; e-mail: [tomas.freiberger@cktch.cz](mailto:tomas.freiberger@cktch.cz)

|            |  |              |  |              |  |            |  |
|------------|--|--------------|--|--------------|--|------------|--|
| Pojišťovna |  | IČP žadatele |  | Datum odběru |  | Čas odběru |  |
| Odbornost  |  | Číslo vzorku |  | Datum příjmu |  | Čas příjmu |  |

|                  |  |                |   |   |   |                   |  |
|------------------|--|----------------|---|---|---|-------------------|--|
| Jméno a příjmení |  | Pohlaví        | M | Ž | ? | Základní diagnóza |  |
| Číslo pojištění  |  | Datum narození |   |   |   | Ostatní diagnózy  |  |

- Materiál:**
- |                                             |                                        |
|---------------------------------------------|----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> periferní krev     | <input type="checkbox"/> lymfocyty     |
| <input type="checkbox"/> kostní dřeň        | <input type="checkbox"/> tkáň .....    |
| <input type="checkbox"/> suchá krevní kapka | <input type="checkbox"/> DNA           |
| <input type="checkbox"/> plodová voda       | <input type="checkbox"/> ostatní ..... |

Razítko a podpis žadatele

- Vyšetření:**
- |                                                   |                                                                |                                                           |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> „statim“<br>(po domluvě) | <input type="checkbox"/> X-vázaná agamaglobulinémie (BTK)      | <input type="checkbox"/> X-SCID (IL2RG)                   |
| <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> X-hyper IgM syndrom (CD40L)           | <input type="checkbox"/> AR-SCID/Omenn (geny RAG1,2)      |
| <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> Hyper IgE syndrom (STAT3)             | <input type="checkbox"/> hereditární angioedém (SERPING1) |
| <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> X-lymfoprolif. syndrom (SH2D1A,BIRC4) | <input type="checkbox"/> def. C2 složky komplementu (C2)  |
| <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> Wiskottův-Aldrichův syndrom (WASP)    | <input type="checkbox"/> deficit GATA 2                   |
| <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> CVID, IgAD (TACI)                     | <input type="checkbox"/> cartilage-hair hypoplasia (RMRP) |
| <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> APDS (PIK3CD,PIK3R1)                  | <input type="checkbox"/> IPEX syndrom (FOXP3)             |
| <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> ALPS5 (CTLA4)                         | <input type="checkbox"/> materno-fetální engraftment      |
| <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> genotypizace MBL (MBL2)               | <input type="checkbox"/> TREC/KREC                        |
| <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> jiné .....                            |                                                           |

Záznamy o provedeném vyšetření:

|           |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|
| IČP       |  |  |  |  |  |  |  |
| Odbornost |  |  |  |  |  |  |  |

| Datum | Kód | Počet |
|-------|-----|-------|
|       |     |       |
|       |     |       |
|       |     |       |
|       |     |       |
|       |     |       |
|       |     |       |

**Komentář:**

Razítko laboratoře a podpis

*Uveďte prosím, zda se jedná o vyšetření probanda nebo rodinného příslušníka.*

**INFORMOVANÝ SOUHLAS**

**A. 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 s 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.

**B. 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 dostatečně poskytnutém čase zvážit, měl/a jsem možnost se lékařem zeptat na vše, co jsem považoval/a za pro mne podstatné a probrat s ním vše, čemu jsem nerozuměl/a. Na tyto mé dotazy jsem dostal/a jasnou a srozumitelnou odpověď.

- ☐ **Přeji/** ☐ **Nepřeji** si být informován/a o výsledku genetického laboratorního vyšetření.
- ☐ **Přeji** si, aby o výsledku vyšetření byly informovány následující osoby: .....
- ☐ **Souhlasím/** ☐ **Nesouhlasím** s případným zapsáním mé osoby do registru geneticky vyšetřovaných osob.
- ☐ **Souhlasím/** ☐ **Nesouhlasím** s uchováním DNA pro účely dalšího vyšetřování v závislosti na pokroku ve výzkumu a v zájmu ostatních členů rodiny. Jsem si vědom/a, že v případě nesouhlasu, již nebude možné výsledek některých vyšetření dodatečně ověřit nebo doplnit a bude nutný nový odběr materiálu.
- ☐ **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.  
V případě neoznačení daných možností **Souhlasím/ Nesouhlasím**, bude postupováno jako v případě souhlasu.

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.

V ..... Dne .....

**Podpis vyšetřované osoby** (popř. zákonného zástupce): .....

**Jméno zákonného zástupce** (hůlkovým písmem), **rodné číslo**: .....