

MEDICÍNSKE GENETICKÉ VYŠETRENIE PRE SAMOPLATCOV Žiadanka

Číslo DNA/ žiadanky

Vyplní laboratórium

Dátum príjmu

Vyplní laboratórium

VYŠETROVANÁ OSOBA/KLIENT

Meno a priezvisko

Telefón

Rodné číslo

E-mail

Bydlisko

ODOBRANÝ MATERIÁL (transportné podmienky, str. 2)

 Bukálny ster (B)

 Parodont – gingiválny ster (P)

Dátum odberu

 Periférna krv v EDTA (K)

 Amniová/plodová tekutina (AC)

Vyplní lekár/klient

POUČENIE KLIENTA O CENE ZA ZDRAVOTNÍCKY VÝKON:

Klient, samoplatca bol lekárom resp. zdravotníckym pracovníkom poučený o výške ceny za zdravotný výkon v zmysle platného cenníka a dobrovoľne sa rozhodol tento výkon uskutočniť.

Klient prehlasuje, že bol poučený, že v niektorých prípadoch (napr. pri splnení indikačných kritérií) môže byť zdravotnícky výkon hradený taktiež z verejného zdravotného poistenia, že bol na túto skutočnosť upozornený a požaduje poskytnutie daného výkonu za priamu úhradu.

Klient prehlasuje, že bol poučený, že v prípade označených špecifických komplexných genetických testov (*) môže dôjsť k cezhraničnému prenosu vzorky do partnerského laboratória spoločnosti GHC GENETICS, s.r.o. so sídlom: V Holešovičkách 1156/29, Praha 8, Česká republika, IČO: 281 88 535, a to výhradne iba pre účely vyžadovaného vyšetrenia.

Klient sa zaväzuje zaplatiť uvedenú cenu za zdravotný výkon maximálne do 14 dní odo dňa podpisu žiadanky. Vyšetrenie bude vykonané až po prijatí úhrady na účet a daňový doklad bude zaslaný na vyššie uvedenú adresu, alebo si ho môže klient prevziať osobne v sídle firmy.

Samoplatca uhradí uvedenú sumu v hotovosti v pokladni (v sídle firmy) alebo bankovým prevodom na účet:

IBAN SK 1111 0000 0000 2621 7018 53, SWIFT TATRSKBX, VS: rodné číslo bez lomítka.

Miesto

Dátum

Podpis klienta

ŽIADAJÚCI LEKÁR

Adresa pracoviska

IČO:

Potvrdzujem, že odber bol uskutočnený s informovaným súhlasom klienta.

 INFORMOVANÝ SÚHLAS VYŠETROVANEJ OSOBY JE ULOŽENÝ V AMBULANCI

Pečiatka a podpis

Názov vyšetrenia	Špecifikácia vyšetrenia	Materiál	Cena (€)	Trvanie testu
DENTÁLNE DNA TESTY				
<input type="checkbox"/> Dental BAC	DNA detekcia 11 parapatogénnych baktérií: <i>Aggregatibacter actinomycetemcomitans</i> , <i>Campylobacter rectus</i> , <i>Capnocytophaga gingivalis</i> , <i>Eikenella corrodens</i> , <i>Eubacterium nodatum</i> , <i>Fusobacterium sp.</i> , <i>Parvimonas micra</i> , <i>Prevotella intermedia</i> , <i>Porphyromonas gingivalis</i> , <i>Treponema denticola</i> , <i>Tannerella forsythia</i>	PG	70	15 dní
<input type="checkbox"/> Dental GEN®	4 DNA varianty/alely v <i>IL1A</i> , <i>IL1B</i> , <i>IL1RN</i> , <i>HLA-DRB1*04</i>	BS, PG	70	15 dní
<input type="checkbox"/> Dental DUO	Dental BAC a Dental GEN®	PG	110	15 dní
INÉ DNA TESTY				
<input type="checkbox"/> Alopécia	<i>EDA2R</i> , <i>AR</i> (5 vybraných variantov) – Androgénna plešatosť	K, BS	90	15 dní
<input type="checkbox"/> PCR diagnostika aneuploidii	Chromozómy 13, 18, 21, X, Y	AC, BS	150	7 dní
<input type="checkbox"/> Mikrodelécie Y-chrom.	<i>AZFa</i> , <i>AZFb</i> , <i>AZFc</i> , 14 <i>SRY</i> lokusov	K, BS	130	15 dní
POTRAVINOVÉ INTOLERANCIE				
<input type="checkbox"/> Celiakia	HLA alely DQ2.2, DQ2.5, DQ8	K, BS	90	15 dní
<input type="checkbox"/> Laktózová intolerancia	<i>LCT</i> (c.-13910T>C, c.-22018A>G)	K, BS	90	15 dní
<input type="checkbox"/> Histamínová intolerancia	<i>AOC1</i> (c.-691G>T, c.-594A>T, c.47C>T, c.995C>T)	K, BS	90	15 dní
HEREDITÁRNE OCHORENIA (# odporúčaná genetická konzultácia u klinického genetika)				
<input type="checkbox"/> <i>BRCA1/BRCA2</i> screen #	25 najčastejších mutácií génov <i>BRCA1/2</i> v ČR a SR populácii	K, BS	110	15 dní

<input type="checkbox"/> Hereditárny karcinóm prsníka a ovárií (HBOC) #	<i>BRCA1, BRCA2</i> , celé gény, MLPA analýza	K	1 700	3 mes.
<input type="checkbox"/> Cystická fibróza	<i>CFTR</i> (64 najčastejších mutácií + IVS8-5T)	K, BS	230	15 dní
<input type="checkbox"/> Deficit A1AT (CHOCHP/ Emfyzém pľúc/Hep. dysfunkcia)	<i>SERPINA1</i> , alela S (p.E264I)/alela Z (p.E342K)	K, BS	100	15 dní
<input type="checkbox"/> Hemochromatóza	<i>HFE</i> , 2 exóny, (p.H63D, p.S65C, p.C282Y)	K, BS	110	15 dní
<input type="checkbox"/> Gilbertov syndróm	<i>UGT1A1</i> , promótor, TATA box	K, BS	50	10 dní
<input type="checkbox"/> Wilsonova choroba	<i>ATP7B</i> , variant p.H1069Q	K, BS	40	10 dní
<input type="checkbox"/> Trombofília – Faktor 5 a 2	<i>F5</i> (Leiden, c.1601G>A), <i>F2</i> (c.20210G>A, resp. c.*97G>A)	K, BS	50	15 dní
<input type="checkbox"/> Trombofília – MTHFR	<i>MTHFR</i> (c.677C>T, resp. c.665C>T, p.A222V; c.1298A>C, c.1286A>C, p.E429A)	K, BS	50	15 dní
<input type="checkbox"/> Trombofília – PAI1*	<i>PAI1/SERPINE1</i> (alela 4G/5G, resp. c.-820_-817G(4_5))	K, BS	40	20 dní
<input type="checkbox"/> Trombofília – Faktor 5/R2*	<i>F5</i> (p.H1299R)	K, BS	40	20 dní
<input type="checkbox"/> Trombofília – Faktor 13*	<i>F13</i> (p.V34L)	K, BS	40	20 dní
<input type="checkbox"/> Hypercholesterolemia*	<i>APOB-100</i> (p.R3500Q)	K, BS	40	20 dní
<input type="checkbox"/> Isch. choroba srdca (ICHS)/ Alzheimerova choroba*	<i>APOE</i> (alely E2, E3, E4)	K, BS	90	20 dní
<input type="checkbox"/> Hypertenzia/ ICHS*	<i>ACE</i> (inercia/delécia 287 kb)	K, BS	90	20 dní
<input type="checkbox"/> Trombocytopenia / ICHS*	<i>GP1IIa</i> (p.L33P)	K, BS	90	20 dní
KOMPLEXNÉ GENETICKÉ VÝŠETRENIA				
<input type="checkbox"/> TromboGenPlus**	<i>FV</i> (Leiden, c.1601G>A), <i>F2</i> (c.*97G>A), <i>MTHFR</i> (c.665C>T, c.1286A>C), <i>PAI1</i> (c.-820_-817G(4_5))	K, BS	120	20 dní
<input type="checkbox"/> AteroGen**	<i>APOB-100</i> (p.R3500Q); <i>APOE</i> (alely E2, E3, E4); <i>GP1IIa</i> (p.L33P); <i>ACE</i> (ins/del 287kb); <i>FGB</i> (c.-455G>A); <i>NOS3</i> (c.-786T>C, c.894G>T); <i>LTA</i> (c.804C>A)	K, BS	150	20 dní
<input type="checkbox"/> Iný požadovaný test - vypísať				
<i>Cena špecifického individuálneho testu ako aj doba trvania budú určené po telefonickú konzultácii dohodou.</i>				
Iné poznámky:				

TRANSPORTNÉ PODMIENKY				
Typ vzorky	Skratka	Objem, typ média	Teplota	Dodanie vzorky
Periférna krv v EDTA	K	1 skúmavka, 1-2 ml v EDTA	4-25°C, Nemraziť!	do 72 hod. od odberu
Bukálny ster	BS	Sušiť voľne na vzduchu cca 1 hod.		do 5 dní od odberu
Amniová/plodová tekutina	AC	15-20 ml, bez média		do 12 hod. od odberu
Parodont – gingiválny ster	PG	Špeciálny odberový set, sušiť v priloženej skúmavke		do 24 hod. od odberu

INFORMOVANÝ SÚHLAS VYŠETROVANEJ OSOBY/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU S GENETICKÝM LABORATÓRNÝM VYŠETRENÍM

1. VYŠETROVANÝ BIOLOGICKÝ MATERIÁL:

periférna krv bukálny ster plodová voda iný:

2. NÁZOV GENETICKÉHO LABORATÓRNEHO VYŠETRENIA:

3. ÚČEL GENETICKÉHO LABORATÓRNEHO VYŠETRENIA:

Zistenie predispozície na chorobu/ funkciu organizmu Overenie/potvrdenie diagnózy
 Zistenie prítomnosti patogénov Iný (uviesť):

4. INFORMÁCIE O MEDICÍNSKOM GENETICKOM LABORATÓRNOM VYŠETRENÍ:

DNA molekulové laboratórne vyšetrenie pre medicínske účely je špecializované vyšetrenie, ktoré u vyšetrovanej môže viesť k potvrdeniu alebo vylúčeniu prítomnosti predispozície dedičného ochorenia a určiť riziko/pravdepodobnosť dedičného ochorenia u potomkov, príp. môže viesť k identifikácii rôznych patogénov a určiť riziko/pravdepodobnosť vzniku príslušného ochorenia.

Predpokladaný prínos genetického laboratórneho vyšetrenia:

Predikcia, potvrdenie príp. prevencia vzniku dedičného ochorenia alebo potvrdenie prítomnosti patogénu. Znalosť príčiny genetického ochorenia, príp. infekcie patogénom môže viesť k upresneniu diagnózy, efektívnej a cielenej liečbe alebo predchádzaniu možných komplikácií. Zároveň je nevyhnutným predpokladom odborného genetického poradenstva alebo nastavenia špeciálneho manažmentu príslušným odborníkom.

Alternatívy genetického laboratórneho vyšetrenia: *Metodické postupy zvolených testov predstavujú vzhľadom na súčasné poznatky najefektívnejšie a najpresnejšie možnosti laboratórnej diagnostiky a poskytujú informáciu, ktorá je prínosná v klinickom manažmente klienta aj jeho príbuzných.*

Vplyv genetického laboratórneho vyšetrenia na zdravie subjektu, vrátane zdravia budúcich generácií, informácie o rizikách neočakávaných nálezov pre subjekt a geneticky príbuzné osoby:

a) Pozitívny výsledok genetickej analýzy, t. j. dôkaz patologického DNA variantu/dôkaz prítomnosti patogénneho agensu, môže ovplyvniť zdravotnú starostlivosť a manažment o pacienta príp. ďalších členov rodiny.

b) Zistenie tzv. neočakávaných nálezov, ktoré môžu mať pre zdravotnú starostlivosť a manažment pacienta a genetických príbuzných zásadný vplyv (napr. zistenie prenášateľstva niektorých genetických ochorení).

c) Zistenie nálezov, ktoré sa odlišujú od nálezov bežných, ale ich konkrétny vplyv na súčasný a/alebo budúci zdravotný stav pacienta a genetických príbuzných nemožno na základe súčasných znalostí stanoviť.

Možné obmedzenia vo zvyčajnom spôsobe života a v pracovných schopnostiach po poskytnutí genetického laboratórneho vyšetrenia, príp. zmeny zdravotnej spôsobilosti:

Po odbere biologického materiálu, periférnej krvi je nutné riadiť sa pokynmi zdravotníckeho pracovníka a vyčkat odporúčenú dobu v čakárni. Výsledok vyšetrenia môže byť pre vyšetrovanej stresujúci.

Údaj o liečebnom režime a preventívnych opatreniach, ktoré sú vhodné, a o poskytnutí ďalších zdravotných služieb:

žiadne kľudový režim podľa odporúčania lekára

Subjekt je povinný pred genetickým laboratórnym vyšetrením informovať lekára o prípadných alergických reakciách a závažných ochoreniach, na ktoré sa subjekt lieči:

Možné riziká poskytnutia genetickej analýzy/genetického laboratórneho vyšetrenia:

Zriedkavé riziká spojené s odberom biologického materiálu (hematómy, infekcia, reakcia na dezinfekciu).

5. MANIPULÁCIA SO VZORKOU DNA PO UKONČENÍ VYŠETRENIA:

Moja vzorka bude archivovaná napr. pre prípadnú ďalšiu analýzu v budúcnosti. Vždy pred ďalším testovaním budem poučený/á a nové genetické vyšetrenie bude vykonané až po mojom aktuálnom informovanom súhlase. Výsledok genetického vyšetrenia bude anonymizovaný a zaradený do štatistického súboru vzoriek s možnosťou využitia na vedecké účely, príp. účely referenčnej vzorky.

Moja vzorka bude po prevedení genetického vyšetrenia zlikvidovaná s rizikom, že nebude možné v budúcnosti výsledok vyšetrenia v prípade potreby overiť a pre ďalšie genetické testovanie bude nutný nový odber.

Moja vzorka nebude zlikvidovaná avšak výsledok genetického vyšetrenia nebude využitý na vedecké účely.

Iné:

6. NOVÝ ODBER BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU:

Vyšetovaná osoba môže byť vo svoj prospech vyzvaná prevádzkovateľom k novému odberu biologického materiálu za účelom doplnenia, overenia alebo zopakovania analýzy, či k zaisteniu správnej interpretácie výsledkov vykonaného genetického laboratórneho vyšetrenia. V prípade záujmu samotnej vyšetrovanej osoby o ďalšie genetické laboratórne vyšetrenie bude nutný nový odber biologického materiálu a ďalšie poučenie podľa typu vyšetrenia.

7. VYHLÁSENIE VYŠETROVANEJ OSOBY/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU:

Vyhlasujem, že mi bolo poskytnuté **poučenie o genetickom laboratórnom vyšetrení**. Bol mi jasne a zrozumiteľne vysvetlený účel, povaha, následky, riziká, alternatívy navrhovaných postupov, riziká odmietnutia a prínos genetického laboratórneho vyšetrenia. Som si vedomý/á, že výsledky mojej genetickej analýzy môžu byť pre mňa stresujúce. Poučenie mi bolo podané ohľaduplne, zrozumiteľne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom pre rozhodnutie. Pred podpisom tohto informovaného súhlasu mi bolo umožnené klásť doplňujúce otázky, a to osobnou, telefonickou či elektronickou cestou. Vyhlasujem, že nezamlčujem žiadne skutočnosti, ktoré by mohli mať vplyv na voľbu a vykonanie genetického laboratórneho vyšetrenia, alebo by mohli ohroziť iné osoby.

Na základe tohto poučenia prehlasujem, že udeľujem **súhlas s odberom vzorky DNA a s jej genetickým laboratórnym vyšetrením na účely špecifikované v príslušnej žiadanke**.

PODPIS VYŠETROVANEJ OSOBY:

Miesto

Dátum

8. VYHLÁSENIE LEKÁRA:

Prehlasujem, že som vyšetrovanému (zákonnému zástupcovi) jasne a zrozumiteľne vysvetlil účel, povahu, predpokladaný prínos, následky i možné riziká vyššie uvedeného genetického laboratórneho vyšetrenia. Taktiež som vyšetrovanú osobu oboznámil s možnými výsledkami a dôsledkami toho, že by vyšetrenie nebolo možné za vyššie uvedeným účelom previesť alebo by nemalo potrebnú výpovednú hodnotu pre sledovaný účel. Oboznámil som vyšetrovanú osobu (zákonného zástupcu) i s možnými rizikami a dôsledkami v prípade odmietnutia tohoto vyšetrenia. Výsledky laboratórneho vyšetrenia budú dôverné a nebudú bez súhlasu vyšetrovanej osoby/zákonného zástupcu poskytnuté tretej strane, pokiaľ platné právne predpisy neurčujú inak.

PODPIS LEKÁRA:

Miesto

Dátum