



DNA TESTY SAMOPLATCA Žiadanka	Číslo DNA _____ Vyplní laboratórium
	Dátum príjmu _____ Vyplní laboratórium

VYŠETROVANÁ OSOBA/KLIENT	
Meno a priezvisko _____	Telefón _____
Rodné číslo _____	E-mail _____
Bydlisko _____	
ODOBRANÝ MATERIÁL (transportné podmienky, str. 2)	
<input type="checkbox"/> Bukálny ster (BS)	<input type="checkbox"/> Gingiválny ster (GS)
<input type="checkbox"/> Periférna krv v EDTA (PK)	<input type="checkbox"/> Amniová/plodová voda (PV)
Dátum odberu _____	
ŽIADAJÚCI LEKÁR	
Adresa pracoviska _____	IČO: _____
Potvrďujem, že odber bol uskutočnený s informovaným súhlasom klienta.	
Pečiatka a podpis	

POUČENIE KLIENTA O CENE ZA ZDRAVOTNÍCKY VÝKON:		
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>Klient prehlasuje, že bol poučený, že v prípade označených špecifických komplexných genetických testov (*) môže dôjsť k cezhraničnému prenosu vzorky do partnerského laboratória spoločnosti GHIC GENETICS, s.r.o. so sídlom: V Holešovičkách 1156/29, Praha 8, Česká republika, IČO: 281 88 535, a to výhradne iba pre účely vyžiadanejho vyšetrenia.</p> <p>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.</p>		
Miesto _____	Dátum _____	Podpis klienta _____

Názov testu	Špecifikácia DNA testu	Cena (€)	Materiál	Trvanie
DENTÁLNE OCHORENIA				
<input type="checkbox"/> Dental BAC	DNA detekcia 11 paropatogénnych 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>	70	GS	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>	70	BS, GS	15 dní
<input type="checkbox"/> Dental DUO	Kombinácia testov Dental BAC a Dental GEN®	110	GS	15 dní
DERMATOLOGICKÉ OCHORENIA				
<input type="checkbox"/> Alopécia	<i>EDA2R</i> , <i>AR</i> (5 vybraných variantov) – Androgénna plešatosť	90	PK, BS	15 dní
<input type="checkbox"/> Psoriáza	HLA C*06 skupina alel (detekcia 260 subalel)	110	PK, BS	15 dní
POTRAVINOVÉ INTOLERANCIE				
<input type="checkbox"/> Celiakia	HLA alely DQ2.2, DQ2.5, DQ8	90	PK, BS	15 dní
<input type="checkbox"/> Laktózová intolerancia	<i>LCT</i> (c.-13910T>C, c.-22018A>G)	90	PK, BS	15 dní
<input type="checkbox"/> Histamínová intolerancia	<i>AOC1</i> (c.-691G>T, c.-594A>T, c.47C>T, c.995C>T)	110	PK, BS	15 dní
ONKOLOGICKÉ OCHORENIA				
<input type="checkbox"/> BRCA1/BRCA2 screen	25 najčastejších mutácií génov <i>BRCA1/2</i> v ČR a SR populácii	110	PK, BS	15 dní
<input type="checkbox"/> Hereditárny karcinóm prsníka a ovárií (HBOC)	celé gény <i>BRCA1</i> , <i>BRCA2</i> , CNV analýza *odporúčaná genetická konzultácia u klinického genetika	1 500	PK, BS	3 mes.
METABOLICKÉ OCHORENIA				
<input type="checkbox"/> Cystická fibróza	<i>CFTR</i> (64 najčastejších mutácií, IVS8-5T)	230	PK, BS	15 dní
<input type="checkbox"/> Deficit A1AT	<i>SERPINA1</i> , alela S (p.E264I)/alela Z (p.E342K)	100	PK, BS	15 dní

**(CHOCHP/Hep. dysfunkcia)**

<input type="checkbox"/> Hemochromatóza	<i>HFE</i> , 2 exóny (p.H63D, p.S65C, p.C282Y)	110	PK, BS	15 dní
<input type="checkbox"/> Gilbertov syndróm	<i>UGT1A1</i> , promótor, TATA box	50	PK, BS	10 dní
<input type="checkbox"/> Wilsonova choroba	<i>ATP7B</i> , variant p.H1069Q	40	PK, BS	10 dní

HEMATOLOGICKÉ OCHORENIA

<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)	50	PK, BS	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)	50	PK, BS	15 dní
<input type="checkbox"/> Trombofília – PAI1*	<i>PAI1/SERPINE1</i> (alela 4G/5G, resp. c.-820_-817G(4_5))	40	PK, BS	20 dní
<input type="checkbox"/> Trombofília – Faktor 5/R2*	<i>F5</i> (p.H1299R)	40	PK, BS	20 dní
<input type="checkbox"/> Trombofília – Faktor 13*	<i>F13</i> (p.V34L)	40	PK, BS	20 dní
<input type="checkbox"/> Hypercholesterolémia*	<i>APOB-100</i> (p.R3500Q)	40	PK, BS	20 dní
<input type="checkbox"/> Isch. choroba srdca (ICHS)/ Alzheimerova choroba*	<i>APOE</i> (alely E2, E3, E4)	90	PK, BS	20 dní
<input type="checkbox"/> Hypertenzia/ ICHS*	<i>ACE</i> (inzercia/delécia 287 kb)	90	PK, BS	20 dní
<input type="checkbox"/> Trombocytopenia / ICHS*	<i>GP1IIa</i> (p.L33P)	90	PK, BS	20 dní
<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))	120	PK, BS	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>FGF</i> (c.-455G>A); <i>NOS3</i> (c.-786T>C, c.894G>T); <i>LTA</i> (c.804C>A)	150	PK, BS	20 dní

PRENATÁLNY DNA TEST

<input type="checkbox"/> PCR diagnostika aneuploidíí	Chromozómy 13, 18, 21, X, Y	150	PV	3-5 dní
--	-----------------------------	------------	----	---------

MUŽSKÁ STERILITA

<input type="checkbox"/> Mikrodelécie Y-chrom.	<i>AZFa</i> , <i>AZFb</i> , <i>AZFc</i> , 14 <i>SRY</i> lokusov	130	PK, BS	15 dní
--	---	------------	--------	--------

INÝ POŽADOVANÝ DNA TEST

Cena špecifického individuálneho testu ako aj doba trvania budú určené po telefonicknej konzultácii dohodou.

Vpísať:

Iné poznámky:

TRANSPORTNÉ PODMIENKY

Typ vzorky	Skratka	Objem, typ média	Teplota	Dodanie vzorky
Periférna krv v EDTA	PK	1 skúmavka, 1-2 ml v EDTA		do 72 hod. od odberu
Bukálny ster	BS	Sušiť voľne na vzduchu cca 1 hod.	4-25°C,	do 5 dní od odberu
Amniová/plodová voda	PV	15-20 ml, bez média	Nemraziť!	do 12 hod. od odberu
Gingiválny ster – parodont	GS	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: gingiválny ster periférna krv bukálny ster plodová voda

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 osoby 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 laboratorného vyšetrenia:

Metodické postupy zvolených testov predstavujú vzhľadom na súčasné poznatky najefektívnejšie a najpresnejšie možnosti laboratornej diagnostiky a poskytujú informáciu, ktorá je prínosná v klinickom manažmente klienta aj jeho príbuzných.

Vplyv genetického laboratorného 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 prenášateľnosti 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 laboratorného 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 vyšetřovaného 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 laboratorným vyšetřením informovať lekára o prípadných alergických reakciách a závažných ochoreniach, na ktoré sa subjekt lieči:

Možné riziká poskytnutia genetického lab. vyšetřenia: 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 vyšetřenie bude vykonané až po mojom aktuálnom informovanom súhlase. Výsledok genetického vyšetřenia bude anonymizovaný a zaradený do štatistického súboru vzoriek s možnosťou využitia na vedecké účely, príp. účely referenčnej vzorky.

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

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

Iné:

6. NOVÝ ODBER BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU:

Vyšetřovaná 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 laboratorného vyšetřenia. V prípade záujmu samotnej vyšetřovanej osoby o ďalšie genetické laboratorné vyšetřenie bude nutný nový odber biologického materiálu a ďalšie poučenie podľa typu vyšetřenia.

7. VYHLÁSENIE VYŠETřOVANEJ OSOBY/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU:

Vyhlasujem, že mi bolo poskytnuté **poučenie o genetickom laboratornom vyšetření**. Bol mi jasne a zrozumiteľne vysvetlený účel, povaha, následky, riziká, alternatívy navrhovaných postupov, riziká odmietnutia a prínos genetického laboratorného vyšetřenia. 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 laboratorného vyšetřenia, alebo by mohli ohroziť iné osoby.

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

PODPIS VYŠETřOVANEJ OSOBY:

Miesto

Dátum

8. VYHLÁSENIE LEKÁRA:

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

PODPIS LEKÁRA:

Miesto

Dátum