



<b>DNA TESTY SAMOPLATCA</b> <b>Žiadanka</b>	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"/> Iný _____
Dátum odberu _____	
ŽIADAJÚCI LEKÁR	
Adresa pracoviska _____	IČO: _____
<input type="checkbox"/> Potvrdzujem, že odber bol uskutočnený s informovaným súhlasom klienta. <span style="float: right;">Pečiatka a podpis</span>	

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 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:		
<b>IBAN SK11 1100 0000 0026 2170 1853, SWIFT TATRSKBX, VS: rodné číslo bez lomítka.</b>		
Miesto _____	Dátum _____	Podpis klienta _____

Názov testu	Špecifikácia DNA testu	Cena (€)	Materiál	Trvanie
DENTÁLNE OCHORENIA				
<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 spp.</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 <b>IL1A, IL1B, IL1RN, HLA-DRB1*04</b>	70	BS, GS	15 dní
<input type="checkbox"/> Dental DUO	Kombinácia testov Dental BAC a Dental GEN®	110	GS	15 dní
ONKOLOGICKÉ OCHORENIA				
<input type="checkbox"/> BRCAscreen	31 najčastejších mutácií génov <i>BRCA1/2</i> v ČR a SR populácii	130	PK, BS	15 dní
<input type="checkbox"/> Hereditárny karcinóm prsníka a ovárií (HBOC)	celé gény <i>BRCA1</i> , <i>BRCA2</i> , CNV analýza <i>*odporúčaná genetická konzultácia u klinického genetika</i>	1 200	PK, BS	3 mes.
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 intoleran.	<i>AOC1</i> (c.-691G>T, c.-594A>T, c.47C>T, c.995C>T)	110	PK, BS	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
SRDCOVO-CIEVNE OCHORENIA				
<input type="checkbox"/> TromboGen	<i>F5</i> (Leiden, G1691A), <i>F2</i> (G20210A), <i>MTHFR</i> (C677T, A1298C), <i>PAI</i> (4G/5G), <i>F5</i> (R2)	120	PK, BS	15 dní
<input type="checkbox"/> KardioGen	<i>ACE</i> (Ins/Del, resp. c.2306-105ins), <i>ITGB3</i> (resp. GPIIIa) (L89P, resp. c.176T>C, p.Leu59Pro), <i>FGB</i> (c.-455G>A), <i>F13A1</i> (c.103G>T, p.Val35Leu), <i>AGT</i> (c.803T>C, p.Met268Thr), <i>AGTR1</i> (c.*86A>C), <i>CBS</i> (c.844ins67)	140	PK, BS	15 dní



<input type="checkbox"/> Trombo+KardioGen	<i>Kombinácia vyššie uvedených testov</i>	<b>190</b>	PK, BS	15 dní
<input type="checkbox"/> Trombofilie Faktor 5 a 2	<i>F5 (Leiden, G1691A, resp. c.1601G&gt;A), F2 (G20210A, resp. c.*97G&gt;A)</i>	<b>50</b>	PK, BS	15 dní
<input type="checkbox"/> Trombofilie MTHFR	<i>MTHFR (C677T, resp. c.665C&gt;T, p.A222V; A1298C, resp. c.1286A&gt;C, p.E429A)</i>	<b>50</b>	PK, BS	15 dní
<input type="checkbox"/> Trombofilie PAI	<i>PAI, resp. SERPINE1 (alel 4G/5G)</i>	<b>50</b>	PK, BS	15 dní
<input type="checkbox"/> Trombofilie Faktor 5/R2	<i>F5 (R2, resp. c.3980A&gt;G, p.H1327R)</i>	<b>50</b>	PK, BS	15 dní
<input type="checkbox"/> Ischémia srdca/Alzheimer	<i>APOE (alely E2, E3, E4)</i>	<b>90</b>	PK, BS	15 dní

### METABOLICKÉ OCHORENIA

<input type="checkbox"/> Cystická fibróza	<i>CFTR (64 najčastejších mutácií, IVS8-5T)</i>	<b>230</b>	PK, BS	15 dní
<input type="checkbox"/> Deficit A1AT (CHOCHP/Hep. dysfunkcia)	<i>SERPINA1, alela S (p.E264I)/alela Z (p.E342K)</i>	<b>100</b>	PK, BS	15 dní
<input type="checkbox"/> Hemochromatóza	<i>HFE, 2 exóny (p.H63D, p.S65C, p.C282Y)</i>	<b>110</b>	PK, BS	15 dní
<input type="checkbox"/> Gilbertov syndróm	<i>UGT1A1, promótor, TATA box</i>	<b>50</b>	PK, BS	10 dní
<input type="checkbox"/> Wilsonova choroba	<i>ATP7B, variant p.H1069Q</i>	<b>40</b>	PK, BS	10 dní

### PRENATÁLNY DNA TEST

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

### MUŽSKÁ STERILITA

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

### INÝ POŽADOVANÝ DNA TEST

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

Vpísať:

Poznámky:

### TRANSPORTNÉ PODMIENKY

Typ vzorky	Skratka	Objem, typ média	Teplota	Dodanie vzorky od odberu
Periférna krv v EDTA	PK	1 skúmavka, 1-2 ml v EDTA	Nemraziť	do 10 dní
Bukálny ster	BS	Sušiť voľne na vzduchu cca 1 hod.	Bez nároku	do 30 dní
Amniová/plodová voda	PV	15-20 ml, bez média	Nemraziť	do 2 dní
Gingiválny ster, parodont	GS	Špec. odberový set, sušiť v skúmavke cca 1 hod.	Bez nároku	do 10 dní



## INFORMOVANÝ SÚHLAS VYŠETROVANEJ OSOBY/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU S GENETICKÝM LABORATÓRNÝM VYŠETRENÍM

1. VYŠETROVANÝ BIOLOGICKÝ MATERIÁL:  gingiválny ster  periférna krv  bukálny ster  iný:

2. NÁZOV GENETICKÉHO LABORATÓRNEHO VYŠETRENIA:

3. ÚČEL GENETICKÉHO LABORATÓRNEHO VYŠETRENIA:  
 Zistenie predispozície na chorobu/ funkciu organizmu  Overenie/potvrdenie diagnózy

### 4. INFORMÁCIE O MEDICÍNSKOM GENETICKOM LABORATÓRNOM VYŠETRENÍ:

DNA molekulové laboratórne vyšetrenie pre medicínske účely je špecializované vyšetrenie, ktoré u vyšetrovaneho 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 vyčakať odporúčenú dobu v čakárni. Výsledok vyšetrenia môže byť pre vyšetrovaneho 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 genetického lab. 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 laboratórnem 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 nezamieľujem 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 vyšetrovaneho (zákonnému zástupcovi) jasne a zrozumiteľne vysvetlil účel, povahu, predpokladaný prínos, následky i možné riziká vyššie uvedeného genetického laboratórneho vyšetrenia. Taktiež som vyšetrovaneho 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 vyšetrovaneho osobu (zákonného zástupcu) 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