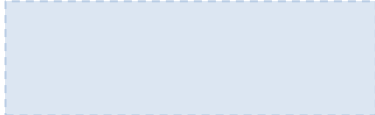




GHC GENETICS SK

Laboratórium genomickej medicíny
GHC GENETICS SK, s.r.o., NZZ
Vedecký park UK
Ilkovičova 8, 841 04 Bratislava

Žiadanka GENETICKÉ VYŠETRENIA BRCAscreen <small>Platná od 1.2.2023</small>	<small>Vyplní laboratórium</small> Číslo žiadanky _____ Dátum prijmu _____
--	--

ÚDAJE VYŠETROVANEJ OSOBY	
Meno a priezvisko _____	Telefón _____
Rodné číslo _____	Email _____
Bydlisko _____	
ODOBRANÝ MATERIÁL A DIAGNÓZA	
Odobraný materiál <input type="checkbox"/> Periférna krv v EDTA (PK) <input type="checkbox"/> Bukálny ster (BS)	Zdravotná poisťovňa <input type="checkbox"/> Union (27)
Susp. diagnóza _____	Dátum odberu _____
ŽIADAJÚCI LEKÁR	
Adresa pracoviska _____	
<input type="checkbox"/> INFORMOVANÝ SÚHLAS VYŠETROVANEJ OSOBY JE ULOŽENÝ V AMBULANCI	Pečiatka a podpis

DNA TEST BRCAscreen			
Názov vyšetrenia	Špecifikácia vyšetrenia	Cena (€)	Materiál
<input type="checkbox"/> BRCAscreen	31 najčastejších mutácií génov BRCA1/2 v ČR a SR populácii	130.-	PK, BS
Trvanie testu: 15 pracovných dní			
Spôsob úhrady	<input type="checkbox"/> Samoplatca	<input type="checkbox"/> Zdravotná poisťovňa – 27 (Union)	
		<small>Pozn.: Test môže indikovať iba klinický genetik a onkológ. Pacient musí spĺňať indikačné kritériá stanovené poisťovňou.</small>	
Fakturovať	<input type="checkbox"/> Pacient	<input type="checkbox"/> Lekár	
V prípade potreby vplňte poznámku:			

POUČENIE KLIENTA O CENE ZA ZDRAVOTNÍCKY VÝKON (ak je klient samoplatca, vyplní a podpíše klient)
<p>Klient, samoplatca bol zdravotníckym pracovníkom poučený o cene za zdravotný výkon 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.</p> <p>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 sídle firmy, alebo bankovým prevodom na účet:</p> <p>IBAN SK11 1100 0000 0026 2170 1853, SWIFT TATRSKBX, VS: rodné číslo bez lomítka.</p>

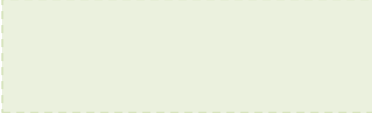
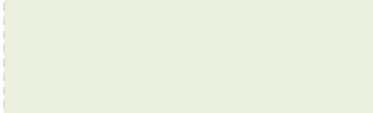
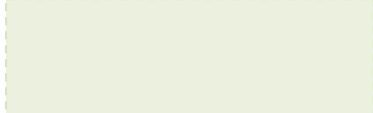



Miesto

Dátum

Podpis klienta

IČO: 35 921 528
DIČ: 2021964604
IČ DPH: SK2021964604Tel.: +421 2 43 191 912
e-mail: info@ghc.sk
web: www.ghcgenetics.skLaboratórium genomickej medicíny
GHC GENETICS SK, s.r.o., NZZ
Vedecký park UK
Ilkovičova 8, 841 04 Bratislava

INFORMOVANÝ SÚHLAS VYŠETROVANEJ OSOBY/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU S GENETICKÝM VYŠETRENÍM

1. VYŠETROVANÝ BIOLOGICKÝ MATERIÁL:	<input type="checkbox"/> Periférna krv v EDTA (PK) <input type="checkbox"/> Bukálny ster (BS)	
2. NÁZOV GENETICKÉHO LABORÁTORNEHO VYŠETRENIA:	<input type="checkbox"/> BRCAscreen	
3. ÚČEL GENETICKÉHO LABORÁTORNEHO VYŠETRENIA:	<input type="checkbox"/> Zistenie predispozície na chorobu/ funkciu organizmu <input type="checkbox"/> Overenie/potvrdenie diagnózy	
4. INFORMÁCIE O MEDICÍNSKOM GENETICKOM LABORÁTORNOM VYŠETRENÍ:		
<p>DNA 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. viesť k identifikácii rôznych patogénov a určiť riziko/pravdepodobnosť vzniku príslušného ochorenia.</p> <p>Predpokladaný prínos genetického laboratórneho vyšetrenia: Predikcia príp. prevencia vzniku dedičného ochorenia alebo potvrdenie prítomnosti patogénu. Znalosť príčiny genetického ochorenia, príp. prítomnosť patogénu môže viesť k upresneniu diagnózy, efektívnej a cielenej liečbe, alebo predchádzaniu možných komplikácií. Zároveň je predpokladom genetického poradenstva alebo nastavenia špeciálneho manažmentu príslušným odborníkom.</p> <p>Alternatívy genetického laboratórneho vyšetrenia: Metodické postupy DNA testov predstavujú vzhľadom na súčasné poznatky najpresnejšie možnosti laboratórnej diagnostiky a poskytujú informáciu, ktorá môže byť prínosná v klinickom manažmente klienta aj jeho príbuzných.</p> <p>Vplyv genetického laboratórneho vyšetrenia na zdravie subjektu, vrátane zdravia budúcich generácií, informácie o rizikách neočakávaných nálezov pre subjekt a geneticky príbuzné osoby:</p> <p>a) Pozitívny výsledok DNA analýzy, t. j. dôkaz patologického DNA variantu/dôkaz prítomnosti patogénneho agensu, môže ovplyvniť zdravotnú starostlivosť a manažment o pacienta príp. členov rodiny.</p> <p>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).</p> <p>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.</p> <p>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 vyčkať 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:</p> <p><input type="checkbox"/> žiadne <input type="checkbox"/> kľudový režim <input type="checkbox"/> podľa odporúčania lekára</p> <p>Subjekt je povinný pred genetickým laboratórnym vyšetrením informovať lekára o prípadných alergických reakciách a závažných ochoreniach, na ktoré sa subjekt lieči:</p> <p>.....</p> <p>Možné riziká poskytnutia genetického lab. vyšetrenia: Zriedkavé riziká spojené s odberom biologického materiálu (hematómy, infekcia, reakcia na dezinfekciu).</p>		
5. MANIPULÁCIA SO VZORKOU DNA PO UKONČENÍ VYŠETRENIA:		
<p><input type="checkbox"/> 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 s možnosťou využitia na vedecké príp. referenčné účely.</p> <p><input type="checkbox"/> Moja vzorka bude po prevedení genetického vyšetrenia zlikvidovaná s rizikom, že nebude možné v budúcnosti výsledok vyšetrenia overiť a pre ďalšie genetické testovanie bude nutný nový odber.</p> <p><input type="checkbox"/> Moja vzorka nebude zlikvidovaná avšak výsledok genetického vyšetrenia nebude využitý na vedecké účely.</p> <p><input type="checkbox"/> Iné:</p>		
6. NOVÝ ODBER BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU:		
<p>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.</p>		
7. VYHLÁSENIE VYŠETROVANEJ OSOBY/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU:		
<p>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 nezamlčujem žiadne skutočnosti, ktoré by mohli mať vplyv na voľbu a vykonanie genetického laboratórneho vyšetrenia, alebo by mohli ohroziť iné osoby.</p> <p>Na základe tohto poučenia prehlasujem, že udefujem súhlas s odberom vzorky DNA a s genetickým vyšetrením na účely špecifikované v príslušnej žiadanke.</p>		
 PODPIS VYŠETROVANEJ OSOBY	 Miesto	 Dátum
8. VYHLÁSENIE LEKÁRA:		
<p>Prehlasujem, že som vyšetrovanej (zákonnému zástupcovi) jasne a zrozumiteľne vysvetlil účel, povahu, predpokladaný prínos, následky i možné riziká vyššie uvedeného genetického laboratórneho vyšetrenia. Taktiež som vyšetrovajú 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 vyšetrovajú 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.</p>		
 PODPIS LEKÁRA	 Miesto	 Dátum