



GHC GENETICS SK

Laboratórium genomickej medicíny

ŽIADANKA
DNA TESTY SAMOPLATCAVer. SPL2/0
Platnosť od 15.3.2024

Vyplní laboratórium

Číslo rodokmeňa: _____

Číslo žiadanky: _____

Prijal: _____

Dátum prijmu: _____

Čas prijmu: _____

Transport vzorky:

 Pošta Osobne Kuriér Sanitka

ÚDAJE VYŠETROVANEJ OSOBY

Meno a priezvisko _____

Telefón _____

Rodné číslo _____

Email _____

ODOBRANÝ MATERIÁL

 Periférna krv v EDTA (PK) Bukálny ster (BS) Gingiválny ster (GS) Iný:

ŽIADAJÚCI LEKÁR/KLIENT

Adresa pracoviska/bydliska _____

Upozornenie: Odber materiálu má byť uskutočnený s INFORMOVANÝM SÚHLASOM osoby, ktorý je súčasťou žiadanky

Pečiatka a podpis klienta/lekára

SPÔSOB ÚHRADY TESTU

 Lekár/ambulancia (test zaplatí pacient v ambulancii lekárovi)

* Faktúra bude vystavená ambulancii/lekárovi vždy po skončení kalendárneho mesiaca za všetky vykonané testy

Adresa fakturácie: _____

 Pacient/klient (klient zaplatí test na účet laboratória)

* Vyšetrenie bude vykonané až po prijatí úhrady na účet a daňový doklad bude zaslaný na vyššie uvedenú emailovú adresu, príp. adresu bydliska.

Platobné údaje:

IBAN: SK11 1100 0000 0026 2170 1853

Variabilný symbol: rodné číslo bez lomítka

IČO: _____

POUČENIE O CENE ZA ZDRAVOTNÍCKY VÝKON (vyplní a podpíše klient samoplatca)

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 hrađený z verejného zdravotného poistenia 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.

Miesto

Dátum

Podpis klienta

Názov testu	Špecifikácia DNA testu	Cena (€)	Materiál	Trvanie
POTRAVINOVÉ INTOLERANCIE				
<input type="checkbox"/> Celiakia	Gény HLA, alely DQ2.2, DQ2.5, DQ8	100	PK, BS	15 dní
<input type="checkbox"/> Laktózová intolerancia	Gén <i>LCT</i> (c.-13910T>C, c.-22018A>G)	100	PK, BS	15 dní
<input type="checkbox"/> Histamínová intolerancia	Gén <i>AOC1</i> (c.-691G>T, c.-594A>T, c.47C>T, c.995C>T)	100	PK, BS	15 dní
<input type="checkbox"/> Fruktózová intolerancia	Gén <i>ALDOB</i> (p.A149P, p.A174D, p.N334K, del4E4)	100	PK, BS	15 dní
<input type="checkbox"/> NUTRIscreen	Kombinácia genetických testov pre potravinové intolerancie – Celiakiu, Laktózovú, Histamínovú a Fruktózovú intoleranciu	290	PK, BS	20 dní
PARODONTÁLNE OCHORENIA				
<input type="checkbox"/> DentalBAC	DNA detekcia 12 parapatogénnych baktérií: <i>A. actinomycetemcomitans</i> , <i>C. rectus</i> , <i>C. gingivalis</i> , <i>E. corrodens</i> , <i>E. nodatum</i> , <i>Fusobacterium spp.</i> , <i>P. micra</i> , <i>P. intermedia</i> , <i>P. gingivalis</i> , <i>T. denticola</i> , <i>T. forsythia</i> , <i>F. alocis</i>	70	GS	15 dní
<input type="checkbox"/> DentalGEN	DNA varianty v 9 génoch <i>IL1A</i> , <i>IL1B</i> , <i>IL1RN</i> , <i>HLA-DRB1</i> , <i>TNF</i> , <i>NIN</i> , <i>IL19</i> , <i>GLT6D1</i> , <i>IL6</i>	90	BS, GS	15 dní

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



ŽIADANKA DNA TESTY SAMOPLATCA

GHC GENETICS SK
Laboratórium genomickej medicíny

Ver. SPL2/0
Platnosť od 15.3.2024

ONKOLOGICKÉ OCHORENIA

BRCAscreen 31 najčastejších mutácií v génoch *BRCA1/2* v ČR/SR populácii **145** PK, BS 15 dní

SRDCOVO-CIEVNE OCHORENIA

TromboGen Gény *F5* (Leiden, G1691A), *F2* (G20210A), *MTHFR* (C677T, A1298C), *PAI* (4G/5G), *F5* (R2) **130** PK, BS 15 dní

KardioGen Gény *ACE* (Ins/Del, resp. c.2306-105ins), *ITGB3* (resp. GPIIIA) (L89P, resp. c.176T>C, (p.Leu59Pro), *FGB* (c.-455G>A), *F13A1* (c.103G>T, p.Val35Leu), *AGT* (c.803T>C, p.Met268Thr), *AGTR1* (c.*86A>C), *CBS* (c.844ins67) **145** PK, BS 15 dní

Trombo Faktor 5 a 2 Gény *F5* (Leiden, G1691A, resp. c.1601G>A), *F2* (G20210A, resp. c.*97G>A) **55** PK, BS 15 dní

Trombo MTHFR Gén *MTHFR* (C677T, resp. c.665C>T, p.A222V; A1298C, resp. c.1286A>C, p.E429A) **55** PK, BS 15 dní

Trombo PAI Gén *PAI*, resp. *SERPINE1* (alel 4G/5G) **55** PK, BS 15 dní

Trombo Faktor 5/R2 Gén *F5* (R2, resp. c.3980A>G, p.H1327R) **55** PK, BS 15 dní

Cardio/Alzheimer Gén *APOE* (rizikové alely E2, E3, E4) **100** PK, BS 15 dní

METABOLICKÉ OCHORENIA

Cystická fibróza Gén *CFTR* (64 najčastejších mutácií, IVS8-5T) **250** PK, BS 15 dní

Spinálna muskul. atrofia Gény *SMN1*, *SMN2*, *MLPA* (exón 7, 8) **120** PK, BS 15 dní

Hluchota Gén *GJB2* (c.35delG) **100** PK, BS 15 dní

PreventScreen Skrínigové vyšetrenie prenášateľnosti najčastejších patologických mutácií závažných genetických ochorení (v génoch *CFTR*, *SMN1*, *SMN2*, *GJB2*) **400** PK, BS 15 dní

Deficit A1AT (CHOCHP/Hepat. dysfunkcia) Gén *SERPINA1*, alela S (p.E264I)/alela Z (p.E342K) **110** PK, BS 15 dní

Hemochromatóza Gén *HFE* (p.H63D, p.S65C, p.C282Y) **120** PK, BS 15 dní

Gilbertov syndróm Gén *UGT1A1*, promótor, TATA box **55** PK, BS 15 dní

Wilsonova choroba Gén *ATP7B*, variant p.H1069Q **100** PK, BS 15 dní

MUŽSKÁ STERILITA

Mikrodelécie Y chrom. *AZFa*, *AZFc*, *AZFb*, 14 *SRY* lokusov Y chromozómu **145** PK, BS 15 dní

INÝ DNA TEST

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

Vpísať špecifikáciu:

Poznámky:

ODBER BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU A TRANSPORTNÉ PODMIENKY

Typ vzorky	Skratka	Objem, typ média	Teplota	Dodanie vzorky od odberu
Periférna krv	PK	1-2 ml do 1 skúmavky s EDTA (používaná aj odber pre krvný obraz)	Nemraziť	do 7 dní
Bukálny ster (epitelové bunky ústnej sliznice)	BS	Sušič voľne na vzduchu cca 1 hod.	Bez nároku	do 30 dní
Gingiválny odber, parodontálny vačok	GS	Špec. odberový set, sušič v skúmavke cca 1 hod.	Bez nároku	do 10 dní



INFORMOVANÝ SÚHLAS VYŠETROVANEJ OSOBY/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU

1. VYŠETROVANÝ BIOLOGICKÝ MATERIÁL: Periférna krv v EDTA (PK) Bukálny ster (BS) Gingiválny ster (GS) Iný:

2. NÁZOV VYŠETRENIA: Uvedený na žiadanke str. 1, ktorej súčasťou je Informovaný súhlas.

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

4. INFORMÁCIE O VYŠETRENÍ:

DNA 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. viesť k identifikácii rôznych patogénov a určiť riziko/pravdepodobnosť vzniku príslušného ochorenia.

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.

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.

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

- Positívny výsledok DNA analýzy, t. j. dôkaz patologického DNA variantu/dôkaz prítomnosti patogénneho agensu, môže ovplyvniť zdravotnú starostlivosť a manažment pacienta príp. členov rodiny.
- Zistenie tzv. neočakávaných nálezov, ktoré môžu mať pre zdravotnú starostlivosť a manažment pacienta a genetických príbuzných zásadný vplyv (napr. zistenie prenášačstva niektorých genetických ochorení).
- 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 vyčekať odporúčenú dobu v čakárni. Výsledok vyšetrenia môže byť pre vyšetrovanej osoby 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 s možnosťou využitia na vedecké príp. referenčné účely.

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.

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

Iné:

6. NOVÝ ODBER BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU:

Vyšetrovaná 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 laboratórnym 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 podpísaním tohto informovaného súhlasu mi bolo umožnené klásť doplňujúce otázky, a to osobnou, telefonickou, či elektronickou cestou. Vyhlasujem, že nezamieňujem 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 **udetujem súhlas s odberom vzorky DNA a s genetickým vyšetrením na účely špecifikované v príslušnej žiadanke.**

PODPIS VYŠETROVANEJ OSOBY/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU

Miesto

Dátum

8. VYHLÁSENIE LEKÁRA:

Prehlasujem, že som vyšetrovanej osobe (zákonnému zástupcovi) jasne a zrozumiteľne vysvetlil účel, povahu, predpokladaný prínos, následky i možné riziká vyššie uvedeného genetického laboratórneho vyšetrenia. Taktiež som vyšetrovajúcu 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 vyšetrovajúcu 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