



GHC GENETICS SK  
Laboratórium genomickej medicíny

# ŽÁDANKA GENETICKÉ TESTY – DENTAL

Ver. DENCZ2/0  
Platnosť od 15.3.2024

Vyplní laborať

Číslo rodokmene: \_\_\_\_\_

Číslo žiadanky: \_\_\_\_\_

Přijal: \_\_\_\_\_

Datum příjmu: \_\_\_\_\_

Čas příjmu: \_\_\_\_\_

Transport vzorku:

Pošta

Osobně

Kurýr

Sanitka

## ÚDAJE VYŠETROVANÉ OSOBY

Jméno a příjmení \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Rodné číslo \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

## ODEBRANÝ MATERIÁL

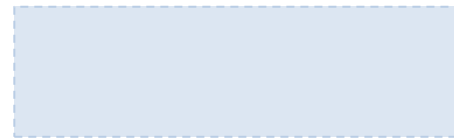
Gingivální stěr (GS)

Bukální stěr (BS)

Datum odběru: \_\_\_\_\_

## ŽÁDAJÍCÍ LÉKAŘ

Adresa pracoviště \_\_\_\_\_



Upozornění: Odběr materiálu má být proveden s INFORMOVANÝM SOUHLASEM osoby, který je součástí žiadanky

Razítko a podpis lékaře

## DENTÁLNÍ DNA TESTY

Název vyšetření	Specifikace vyšetření	Cena	Materiál
<input type="checkbox"/> Dental BAC	DNA detekce 12 parapatogenních bakterií: <i>Aggreg. 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> , <i>Filifactor alocis</i>	1800 Kč	GS
<input type="checkbox"/> Dental GEN	DNA polymorfismy v 9 genech <b>IL1A, IL1B, IL1RN, HLA-DRB1, TNF, NIN, IL19, GLT6D1, IL6</b>	2300 Kč	BS, GS
<input type="checkbox"/> Dental DUO	Kombinace testů Dental BAC a Dental GEN	3300 Kč	GS

Trvání testu: max. 15 pracovních dnů

V případě potreby uvedte poznámku: \_\_\_\_\_

## ZPŮSOB ÚHRADY TESTU

Lékař/ambulance (test zaplatí pacient v ambulanci lékaři)

\* Faktura bude vystavena ambulanci/lékaři vždy po skončení kalendářního měsíce za všechny provedené testy

Adresa fakturace: \_\_\_\_\_

IČO: \_\_\_\_\_

## POUČENÍ KLIENTA O CENĚ ZA ZDRAVOTNÍ VÝKON

Samoplátce byl zdravotním pracovníkem poučen o ceně za zdravotní výkon a dobrovolně se rozhodl tento výkon uskutečnit. Klient prohlašuje, že byl poučen, že v některých případech může být výkon rovněž hrazen z veřejného zdravotního pojištění a klient požaduje poskytnutí výkonu za přímou úhradu. Klient se zavazuje zaplatit požadovanou částku za zdravotní výkon do 14 dnů ode dne podpisu žiadanky.

V \_\_\_\_\_

dne \_\_\_\_\_

Podpis klienta

IČO: 35 921 528  
DIČ: 2021964604  
IČ DPH: SK2021964604

Tel.: +421 2 43 191 912  
e-mail: info@ghc.sk  
web: www.ghcgenetics.sk

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



## INFORMOVANÝ SOUHLAS VYŠETŘOVANÉ OSOBY/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

1. VYŠETŘOVANÝ BIOLOGICKÝ MATERIÁL:  Gingivální stěr  Bukální stěr

2. NÁZEV GENETICKÉHO LABORATORNÍHO VYŠETŘENÍ:  Uveden na žádance stř. 1, jejíž součástí je Informovaný souhlas.

3. ÚČEL GENETICKÉHO LABORATORNÍHO VYŠETŘENÍ:  Zjištění predispozice k nemoci/ funkci organismu  Zjištění přítomnosti patogenů

### 4. INFORMACE O MEDICÍNSKÉM GENETICKÉM LABORATORNÍM VYŠETŘENÍ:

DNA laboratorní vyšetření pro medicínské účely je specializované vyšetření, které u vyšetřovaného může vést k potvrzení nebo vyloučení přítomnosti predispozice dědičného onemocnění a určit riziko/pravděpodobnost dědičného onemocnění u potomků, příp. vést k identifikaci různých patogenů a určit riziko/pravděpodobnost vzniku příslušného onemocnění.

Předpokládaný přínos genetického laboratorního vyšetření:

Predikce příp. prevence vzniku dědičného onemocnění nebo potvrzení přítomnosti patogenu. Znalost příčiny genetického onemocnění, příp. přítomnost patogenu může vést k upřesnění diagnózy, efektivní a cílené léčbě, nebo předcházení možných komplikací. Zároveň je předpokladem genetického poradenství nebo nastavení speciálního managementu příslušným odborníkem.

Alternativy genetického laboratorního vyšetření:

Metodické postupy DNA testů představují vzhledem k současným poznatkům nejpřesnější možnosti laboratorní diagnostiky a poskytují informaci, která může být přínosná v klinickém managementu klienta i jeho příbuzných.

Vliv genetického laboratorního vyšetření na zdraví subjektu, včetně zdraví budoucích generací, informace o rizicích neočekávaných nálezů pro subjekt a geneticky příbuzné osoby:

- Pozitivní výsledek DNA analýzy, tzn. j. důkaz patologické DNA varianty/důkaz přítomnosti patogenního agensu, může ovlivnit zdravotní péči a management o pacienta příp. členů rodiny.
- Zjištění tzn. neočekávaných nálezů, které mohou mít pro zdravotní péči a management pacienta a genetických příbuzných zásadní vliv (např. zjištění přenašečství některých genetických onemocnění).
- Zjištění nálezů, které se odlišují od nálezů běžných, ale jejich konkrétní vliv na současný a/nebo budoucí zdravotní stav pacienta a genetických příbuzných nelze na základě současných znalostí stanovit.

Možná omezení v obvyklém způsobu života a v pracovních schopnostech po poskytnutí genetického laboratorního vyšetření, příp. změny zdravotní způsobilosti: Po odběru biologického materiálu, periferní krve je nutné řídit se pokyny zdravotnického pracovníka a vyčkat doporučenou dobu v čekárně. Výsledek vyšetření může být pro vyšetřovaného stresující.

Údaj o léčebném režimu a preventivních opatřeních, která jsou vhodná, a o poskytnutí dalších zdravotních služeb:

- žádné  klidový režim  podle doporučení lékaře

Subjekt je povinen před genetickým laboratorním vyšetřením informovat lékaře o případných alergických reakcích a závažných onemocněních, na které se subjekt léčí:

Možná rizika poskytnutí genetického lab. vyšetření: Vzácná rizika spojená s odběrem biologického materiálu (hematomy, infekce, reakce na dezinfekci).

### 5. MANIPULACE SE VZORKOU DNA PO UKONČENÍ VYŠETŘENÍ:

Můj vzorek bude archivován pro případnou další analýzu v budoucnosti. Vždy před dalším testováním budu poučen/a a nové genetické vyšetření bude provedeno až po mém aktuálním informovaném souhlasu. Výsledek genetického vyšetření bude anonymizován a zařazen do statistického souboru s možností využití pro vědecké příp. referenční účely.

Můj vzorek bude po provedení genetického vyšetření zlikvidován s rizikem, že nebude možné v budoucnu výsledek vyšetření ověřit a pro další genetické testování bude nutný nový odběr.

Můj vzorek nebude zlikvidován, avšak výsledek genetického vyšetření nebude využit pro vědecké účely.

Jiné:

### 6. NOVÝ ODBĚR BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU:

Vyšetřovaná osoba může být ve svůj prospěch vyzvána provozovatelem k novému odběru biologického materiálu za účelem doplnění, ověření nebo zopakování analýzy, či k zajištění správné interpretace výsledků provedeného genetického laboratorního vyšetření. V případě zájmu samotné vyšetřované osoby o další genetické laboratorní vyšetření bude nutný nový odběr biologického materiálu a další poučení podle typu vyšetření.

### 7. PROHLÁŠENÍ VYŠETŘOVANÉ OSOBY/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE:

Prohlašuji, že mi bylo poskytnuto **poučení o genetickém laboratorním vyšetření**. Byl mi jasně a srozumitelně vysvětlen účel, povaha, následky, rizika, alternativy navrhovaných postupů, rizika odmítnutí a přínos genetického laboratorního vyšetření. Jsem si vědom/a, že výsledky mé genetické analýzy mohou být pro mě stresující. Poučení mi bylo podáno ohleduplně, srozumitelně, bez nátlaku, s možností a dostatečným časem pro rozhodnutí. Před podpisem tohoto informovaného souhlasu mi bylo umožněno klást doplňující otázky, a to osobně, telefonickou či elektronickou cestou. Prohlašuji, že nezaměňuji žádné skutečnosti, které by mohly mít vliv na volbu a provedení genetického laboratorního vyšetření, nebo by mohly ohrozit jiné osoby.

Na základě tohoto poučení prohlašuji, že **uděluji souhlas s odběrem vzorku DNA as genetickým vyšetřením pro účely specifikované v příslušné žádance.**

PODPIS VYŠETŘOVANÉ OSOBY

Místo

Datum

### 8. PROHLÁŠENÍ LÉKAŘE:

Prohlašuji, že jsem vyšetřovanému (zákonnému zástupci) jasně a srozumitelně vysvětlil účel, povahu, předpokládaný přínos, následky i možná rizika výše uvedeného genetického laboratorního vyšetření. Také jsem vyšetřovanou osobu seznámil s možnými výsledky a důsledky toho, že by vyšetření nebylo možné za výše uvedeným účelem provést nebo by nemělo potřebnou výpovědní hodnotu pro sledovaný účel. Seznámil jsem vyšetřovanou osobu (zákonného zástupce) i s možnými riziky a důsledky v případě odmítnutí tohoto vyšetření. Výsledky laboratorního vyšetření budou důvěrné a nebudou bez souhlasu vyšetřované osoby/zákonného zástupce poskytnuty třetí straně, pokud platné právní předpisy neurčují jinak.

PODPIS LÉKAŘE

Místo

Datum