



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

Platná od 1.2.2023

Vyplní laboratórium

Číslo žiadanky \_\_\_\_\_

Dátum prijmu \_\_\_\_\_

## ÚDAJE VYŠETROVANEJ OSOBY

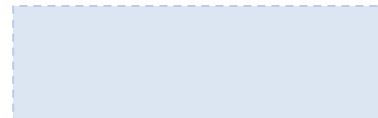
Meno a priezvisko \_\_\_\_\_ Telefón \_\_\_\_\_  
Rodné číslo \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
Bydlisko \_\_\_\_\_

## ODOBRANÝ MATERIÁL A DIAGNÓZA

Odobraný materiál  Periférna krv v EDTA (PK)  Bukálny ster (BS) Zdravotná poisťovňa  Union (27)  
Susp. diagnóza \_\_\_\_\_ Dátum odberu \_\_\_\_\_

## ŽIADAJÚCI LEKÁR

Adresa pracoviska \_\_\_\_\_

 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) | Pozn.: Test môže indikovať iba klinický genetik a onkológ. Pacient musí spĺňať indikačné kritériá stanovené poisťovňou. |          |
| Fakturovať                          | <input type="checkbox"/> Pacient <input type="checkbox"/> Lekár                               |   |          |
| V prípade potreby vpíšte poznámku:  |   |   |          |

## POUČENIE KLIENTA O CENE ZA ZDRAVOTNÍCKY VÝKON (ak je klient samoplatca, vyplní a podpíše klient)

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 taktiež z verejného zdravotného poistenia, že bol na túto skutočnosť upozornený a požaduje poskytnutie daného výkonu z a 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 sídle firmy, alebo bankovým prevodom na účet:  
IBAN SK11 1100 0000 0026 2170 1853, SWIFT TATRSKBX, VS: rodné číslo bez lomítka.

Miesto



Dátum



Podpis klienta




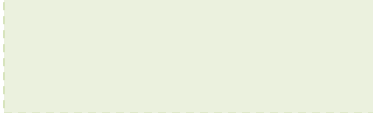

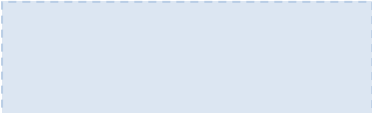
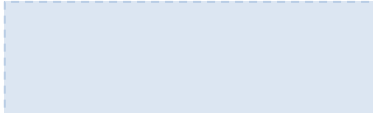
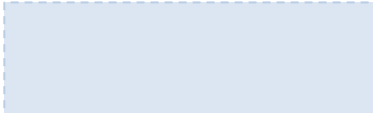
IČO: 35 921 528  
DIČ: 2021964604  
IČ DPH: SK2021964604

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



SNAS  
Reg. No. 648/M-071

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

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>1. VYŠETROVANÝ BIOLOGICKÝ MATERIÁL:</b>   | <input type="checkbox"/> Periférna krv v EDTA (PK)  | <input type="checkbox"/> Bukálny ster (BS)  |
| <b>2. NÁZOV GENETICKÉHO LABORATÓRNEHO VYŠETRENIA:</b>  | <input type="checkbox"/> BRCAscreen   |   |
| <b>3. ÚČEL GENETICKÉHO LABORATÓRNEHO VYŠETRENIA:</b>   | <input type="checkbox"/> Zistenie predispozície na chorobu/ funkciu organizmu                         | <input type="checkbox"/> Overenie/potvrdenie diagnózy   |
| <b>4. INFORMÁCIE O MEDICÍNSKOM GENETICKOM LABORATÓRNOM VYŠETRENÍ:</b>  |   |   |
| <p>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.</p> <p>Predpokladaný prínos genetického laboratórneho vyšetrenia:<br/>         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:<br/>         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> <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> <li>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).</li> <li>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.</li> </ul> <p>Možné obmedzenia vo vzťahom 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 vyšetrovanej osoby stresujúci.</p> <p>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> |   |   |
| <b>5. MANIPULÁCIA SO VZORKOU DNA PO UKONČENÍ VYŠETRENIA:</b>   |   |   |
| <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.  |   |   |
| <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.   |   |   |
| <input type="checkbox"/> Moja vzorka nebude zlikvidovaná avšak výsledok genetického vyšetrenia nebude využitý na vedecké účely.  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Iné:  |   |   |
| <b>6. NOVÝ ODBER BIOLOGICKÉHO MATERIÁLU:</b>   |   |   |
| 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.  |   |   |
| <b>7. VYHLÁSENIE VYŠETROVANEJ OSOBY/ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU:</b>  |   |   |
| Vyhlasujem, že mi bolo poskytnuté <b>poučenie o genetickom laboratórnem vyšetrení</b> . 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, telefonicou či elektronickou cestou. Vyhlasujem, že nezamieňam 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 <b>udefujem súhlas s odberom vzorky DNA a s genetickým vyšetrením na účely špecifikované v príslušnej žiadanke</b> .   |   |   |
| <br><b>PODPIS VYŠETROVANEJ OSOBY</b>  | <br><b>Miesto</b> | <br><b>Dátum</b> |
| <b>8. VYHLÁSENIE LEKÁRA:</b>   |   |   |
| 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 vyšetrovanej 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 vyšetrovanej 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.   |   |   |
| <br><b>PODPIS LEKÁRA</b>  | <br><b>Miesto</b> | <br><b>Dátum</b> |