



Cytogenetická laboratoř Brno, s. r. o.
Veveří 476/39
602 00 Brno

Tel: 545 247 489

www.cytogenetika.cz

e-mail:

cytogenetika@cytogenetika.cz

č.
pacientky

Informovaný souhlas pacienta s molekulárně genetickým vyšetřením pohlaví plodu

Jméno pacientky:

Rodné číslo:

Souhlasím, aby vzorek DNA získaný z mé krve byl vyšetřen na zjištění pohlaví mého plodu v Cytogenetické laboratoři Brno, Veveří 39, 602 00, Brno.

Dle zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, § 29 (3) Genetické laboratorní vyšetření lidského embrya nebo plodu, včetně stanovení jeho pohlaví před dokončeným dvanáctým týdnem těhotenství, nesmí být prováděno z jiných důvodů než pro účely podle § 28 odst. 9 písm. a) bodů 1 až 3 a 5.

Tímto prohlašuji, že výsledek tohoto vyšetření nepoužiji na jakékoliv protiprávní, nemorální, nebo neetické jednání. Rovněž jej nepoužiji k rozhodování o ev. umělém přerušení těhotenství (ITP), ani o něj nepožádám.

Jsem si vědoma, že spolehlivost tohoto vyšetření je přibližně 98%. Měla jsem dostatek času hovořit o této problematice s lékařem a nemám žádné další otázky.

Souhlasím / nesouhlasím s uchováním své DNA v Cytogenetické lab. Brno, s.r.o. za účelem případného pozdějšího vyšetření, ev. k použití za účelem rozvoje neinvazivní prenatalní diagnostiky.

Prosím, vyplňte:

Týden těhotenství:

Předchozí těhotenství plodu mužského pohlaví:

ANO

NE

Potrat v předchozím těhotenství: ANO

NE

Podpis pacientky :

Datum:

Výsledek si přeji zaslat SMS zprávou na telefonní číslo:



.....

Prohlášení lékaře:

Potvrzuji, že jsem výše uvedenou osobu srozumitelně informoval o cílech i podmínkách vyšetření, jehož výsledky budou důvěrné a bez souhlasu pacientky nebudou sdělovány třetí osobě.