**Informovaný souhlas se skladováním vzorků a s nakládáním s výsledky
po provedeném preimplantačním genetickém vyšetření**

*Vážení klienti,*

*prosíme, abyste si podrobně přečetli toto poučení a na důkaz souhlasu s níže uvedenými informacemi podepsali tento informovaný souhlas.*

1. **Identifikační údaje**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pacientka:** |  | **Narozena:** |  |
|  | titul jméno příjmení |  |
| **Rodné** **číslo** (**číslo** **pojištěnce**): |   | **Kód ZP:** |   |
| **Bydliště:** |   |
| **Partner/manžel:**  |   | **Narozen:** |   |
|  |  titul jméno příjmení |  |
| **Rodné číslo** **(číslo pojištěnce):** |   | **Kód ZP:** |   |
| **Bydliště:** |  |

1. **Důvod vyšetření:**

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. **Typ preimplantačního vyšetření**

|  |
| --- |
|  |
| * **PGT-M pro monogenní onemocnění + PGT-A 24 chromosomů**
 | **Karyomapping / OneGenePGT**  | [x]  |

**Zkratky: PGT-A**- ***P****reimplantační* ***G****enetické* ***T****estování početních změn chromosomů (****A****neuploidií);* **PGT-M**- ***P****reimplantační* ***G****enetické* ***T****estování pro familiární* ***M****onogenní onemocnění -* ***vyšetření lze provést pouze po předchozím provedení SET-UP****.*

1. **Vyšetřovaný materiál**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 🞎 | Trofoektoderm (blastocysta) – den 5/6 | [ ]  | Jiný: | ................................................ |

1. **Prohlášení klientů**
	1. **Souhlas se skladováním DNA vzorků užitých k preimplantačnímu genetickému vyšetření**
	2. Souhlasíme s tím, aby, pokud to bude možné a/nebo účelné, byly vzorky skladovány pro další vyšetření provedená k mému prospěchu či prospěchu biologických příbuzných. Před genetickým vyšetřením, které by se provádělo za jinými účely, než je uvedeno výše, budeme řádně poučeni a toto vyšetření bude provedeno až s novým informovaným souhlasem. Vzorky budou skladovány obvykle po dobu 1 roku (nejvýše však 50 let).
	3. Souhlasíme s využitím skladovaných vzorků ke kontrole kvality DNA diagnostiky (vzorky budou využity jako kontrola při vyšetření jiných příbuzných osob nebo při vyšetření jiných pacientů).
	4. Souhlasíme s anonymním využitím vyšetřovaných vzorků v lékařském výzkumu (zaměřeném zejména na zlepšení léčby neplodnosti).

 V případě, že nesouhlasíte s některým z výše uvedených prohlášení, prosím, specifikujte se kterým:

* 1. **Prohlášení o informování o výsledcích vyšetření**
1. Přejeme si, abychom byli seznámeni s výsledky laboratorního vyšetření, včetně případných neočekávaných nálezů.
2. Přejeme si, aby o výsledcích laboratorního vyšetření a/nebo neočekávaných nálezech mohly být informovány následující osoby:
3. Souhlasíme s využitím výsledků genetického vyšetření a relevantních informací o zdravotním stavu k vědeckým či výukovým účelům, a to za podmínky, že tyto údaje budou prezentovány a publikovány ve zcela anonymní formě.

V případě, že nesouhlasíte s některým z výše uvedených prohlášení, prosím, specifikujte se kterým:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Prohlašujeme, že souhlasíme s podmínkami skladování výše zmíněných biologických materiálů a s informováním o výsledcích vyšetření v návaznosti na provedené preimplantační genetické vyšetření.** |
| Jsme si vědomi, že svůj souhlas můžeme písemně odvolat, pouze však do doby zahájení preimplantačního genetického vyšetření. |
| V |  | Dne |  |
| **Podpis pacientky:** |  | **Podpis partnera:** |  |
|  |
|  |
|  |  |  |
| Potvrzuji, že jsem vhodným způsobem poučil klienty o všech výše uvedených skutečnostech, a že jsem jim toto prohlášení předložil k podpisu až poté, co mu plně porozuměli. |
| **Jméno a příjmení lékaře:** |  | **Podpis lékaře:** |  |
|  |  |  |  |