

ŽIADANKA O GENETICKÉ VYŠETRENIE / TEST _ SAMOPLATCA

ÚDAJE O VYŠETROVANEJ OSOBE /VO/:

ÚDAJE O VYŠETROVANEJ OSOBE /VO/: /Ak vyšetovaná osoba
nie je spôsobilá žiadať genetické vyšetrenie/:

Meno a priezvisko: _____

Meno a priezvisko: _____

Rodné číslo: _____

Vzťah k VO: _____

Bydlisko: _____

Bydlisko: _____

Telefón: _____

Telefón: _____

Mail: _____

Mail: _____

Odobraný materiál: ☐ periférna krv v EDTA /PK/ ☐ bukalný ster /BS/ ☐ Iné:

MIESTO:

DÁTUM:

PODPIS vyšetrovanej osoby/ zákonného zástupcu:

ZOZNAM VYŠETRENÍ /požadované vyšetrenie označte X/

GENETICKÝ TEST	ANALYZOVANÝ GÉN	MATERIÁL	TRVANIE	GENETICKÝ TEST	ANALYZOVANÝ GÉN	MATERIÁL	TRVANIE
Onkologické vyšetrenia				Poruchy metabolizmu			
☐ BRCA sreen	BRCA1, BRCA2	PK, BS	15 dni	☐ Gilbertov syndróm	promótor UGT1A1	PK, BS	15 dni
☐ BRCA 1,2 PLUS	BRCA1, BRCA2	PK	3 mes.	☐ Hereditárna hemochromatóza	HFE C282Y, H63D	PK, BS	15 dni
☐ Screeningové Onko HBOPC	22 génov	PK	3 mes.	☐ Fenyketonúria	PAH	PK, BS	15 dni
☐ Screeningové Onko PLUS	> 100 génov	PK	3 mes.				
Plánovanie rodičovstva a neplodnosť				Ochorenie sluchu			
☐ Prenášačstvo Basic	CFTR, SMN1, SMN2, GJB2	PK, BS	15 dni	☐ Nesyndrémová hluchota	GJB2	PK, BS	15 dni
☐ Prenášačstvo Balík 100+	> 100 génov	PK	3 mes.				
☐ Infertilita žena Basic	FMR1, F2 F5, MTHFR, PAI1	PK, BS	15 dni	Svalové ochorenia			
☐ Infertilita muž Basic	CFTR, chromozóm Y (14)	PK, BS	15 dni	☐ Spinálne svalové atrofie typu I-III	SMN1, SMN2	PK, BS	15 dni
☐ Infertilita žena PLUS	98 génov	PK	3 mes.				
☐ Infertilita muž PLUS	93 génov	PK	3 mes.				
☐ Syndróm fragilného X chromozómu	FMR1	PK, BS	15 dni	Potravinové intolerancie a celiakia			
☐ Vyšetrenie chromozómu Y	chrom.Y (AZFa, AZFb, AZFc)	PK, BS	15 dni	☐ Laktózová intolerancia	LCT	PK, BS	15 dni
				☐ Fruktózová intolerancia	ALDOB	PK, BS	15 dni
				☐ Histaminová intolerancia	AOC1	PK, BS	15 dni
				☐ Celiakia	DQA1, DQB1 (HLA-DQ2, HLA-DQ8)	PK, BS	15 dni
Zdravie srdca, ciev a mozgu				Určenie otcovstva			
☐ Kardiovaskulárne ochorenia a trombofília	APOE, F2, F5, MTHFR	PK, BS	15 dni	☐ Určenie otcovstva (2 vzorky)	16 STR markerov	PK, BS	15 dni
				☐ Určenie otcovstva (ďalšia vzorka)	16 STR markerov	PK, BS	15 dni
Neurodegeneratívne ochorenia				Špeciálne vyšetrenia			
☐ Alzheimerova choroba	APOE	PK, BS	15 dni	☐ Športový gén	ACTN3	PK, BS	15 dni
☐ Syndróm fragilného X chromozómu	FMR1	PK, BS	15 dni	☐ Stanovenie zygotizity dvojčiat	16 STR markerov	PK, BS	15 dni
				☐ Kofeín	CYP1A2, ADORA2A	PK, BS	15 dni
				– metabolizmus a citlivosť			
Hematologické ochorenia – Trombofília				Iné zriedkavé ochorenia			
☐ Variant v géne PAI 1	PAI-1 675 4G/5G	PK, BS	15 dni	☐ Cystická fibróza	CFTR, 50 najčast. mut.	PK, BS	15 dni
☐ Variant v géne F2 a F5	F2 20210 G>A, F5 1691 G>A	PK, BS	15 dni				
☐ Varianty v géne MTHFR	MTHFR 677 C>T, 1298 A>C	PK, BS	15 dni				
Kožné ochorenia				Genetické poradenstvo ONLINE			
☐ Psoriáza	HLA-C	PK, BS	15 dni	☐ Poradenstvo Pred / Po MINI		Trvanie 20 minút	
				☐ Poradenstvo Pred / Po TOP		Trvanie 40 minút	
Iný DNA test				Express vyšetrenie			
☐ Mám záujem o iný DNA test:				☐ Pre vyšetrenia s trvaním do 15 dní možnosť skrátiť na		5 dni	

INFORMOVANÝ SÚHLAS VYŠETROVANEJ OSOBY / ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU

Informovaný súhlas vyšetrovanej osoby / zákonného zástupcu je neoddeliteľnou súčasťou Žiadanky o genetické vyšetrenie /test _Samoplatca.

POUČENIE O MEDICÍNSKOM GENETICKOM LABORATÓRNYM VYŠETRENÍ:

Laboratórne vyšetrenie DNA pre medicínske účely je špecializované vyšetrenie, ktoré u vyšetrovanej osoby môže viesť k potvrdeniu alebo vylúčeniu prítomnosti klinicky relevantných (patogénnych/pravdepodobne patogénnych) variantov a rizikových alel a následne k potvrdeniu/vylúčeniu prítomnosti dedičného ochorenia alebo k potvrdeniu/vylúčeniu predispozície k vzniku dedičného ochorenia, resp. stanovenie rizika, s akým možno očakávať, že sa u vyšetrovanej osoby dedičné ochorenie vyvinie. V prípade testu otcovstva a stanovenia zygotity dvojčiat ide o potvrdenie/vylúčenie zhody v 16 STR markeroch/systémoch.

Predpokladaný prínos genetického laboratórneho vyšetrenia: Predikcia príp. prevencia vzniku dedičného ochorenia alebo potvrdenie prítomnosti patogénneho/pravdepodobne patogénneho variantu alebo rizikovej alely. Znalosť príčiny genetického ochorenia, príp. prítomnosť klinicky relevantného DNA variantu môže viesť k upresneniu diagnózy, efektívnej a cielenej liečbe, alebo predchádzaniu možných komplikácií. Zároveň je predpokladom genetického poradenstva alebo nastavenia špeciálneho manažmentu príslušným odborníkom.

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

- a) Pozitívny výsledok DNA analýzy, t. j. dôkaz patogénneho/pravdepodobne patogénneho DNA variantu alebo rizikovej alely môže ovplyvniť zdravotnú starostlivosť a manažment o pacienta príp. členov rodiny.
- b) Zistenie tzv. neočakávaných nálezov, ktoré môžu mať pre zdravotnú starostlivosť a manažment pacienta a genetických príbuzných zásadný vplyv (napr. zistenie prenášačstva niektorých genetických ochorení).
- 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.

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 vyčakať odporučenú dobu v čakárni. Výsledok vyšetrenia môže byť pre vyšetrovaného stresujúci.

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).

INFORMOVANÝ SÚHLAS S GENETICKÝM VYŠETRENÍM A ARCHIVÁCIOU DNA:

Dolupodpísaná vyšetovaná osoba / zákonný zástupca vyhlasujem, že v zmysle Zákona č. 576/2004 Z.z. poučení o genetickom laboratórnym vyšetrení rozumiem. Je mi jasný a zrozumiteľný účel, povaha, následky a riziká, prínos genetického laboratórneho vyšetrenia. Som si vedomý / vedomá, že výsledky mojej genetickej analýzy sú dôverné a môžu byť pre mňa stresujúce. Poučenie je pre mňa zrozumiteľné a pred podpisom toto informovaného súhlasu som mal dostatočný čas pre rozhodnutie a konám bez nátlaku. Pred podpisom tohto informovaného súhlasu mi bolo umožnené klásť doplňujúce otázky a to osobnou, telefonickou, či elektronickou cestou. Vyhlasujem, že nezamieňam žiadne skutočnosti, ktoré by mohli mať vplyv na voľbu a vykonanie genetického vyšetrenia alebo by mohli ohroziť iné osoby.

V zmysle uvedeného poučenia vyhlasujem, že **uďeľujem súhlas s odberom vzorky DNA a s genetickým vyšetrením na účely špecifikované v žiadanke.**

Podpisom tohto súhlasu zároveň potvrdzujem, že:

- a) odber biologického materiálu bol vykonaný vyšetrovanej osobe uvedenej v Žiadanke o genetické vyšetrenie a laboratórium nezodpovedá za pôvod, identitu a kvalitu vzorky
- b) som bol riadne informovaný/á o nevyhnutnosti spracúvania osobných údajov v súvislosti s poskytnutím vyšetrenia na právnom základe vyplývajúcom z právnych predpisov a oboznámil som sa s informáciami o spracúvaní osobných údajov dostupných na www.genexpress.sk
- c) Poskytovateľ je oprávnený spracúvať moje osobné údaje uvedené v žiadanke, ako aj samotnú vzorku krvi
- d) výsledky testov nie je možné použiť na právne účely a sú informatívne, poskytnutie samotných výsledkov testov ani následná interpretácia testov Poskytovateľom alebo mnou samotným nenahrádza rozhodnutie lekára o zvolenom postupe stanovenia diagnózy a na ňu nadväzujúce určenie liečby, a že Poskytovateľ v tomto smere nepreberá žiadnu zodpovednosť.

Zároveň vyjadrujem svoj dobrovoľný **súhlas s archiváciou mojej vzorky DNA** na prípadnú ďalšiu analýzu v budúcnosti.

Nesúhlasím s anonymným využitím DNA vzorky pre ďalší biomedicínsky výskum /v prípade nesúhlasu, prosím zaškrtnúť/:

POUČENIE O CENE GENETICKÉHO TESTU PRE SAMOPLATCU:

Klient, samoplatca, prehlasuje, že **s cenou za Genetický test súhlasí**, dobrovoľne sa rozhodol tento genetický test uskutočniť a zaväzuje sa k jeho úhrade. Cena za genetický test je uvedená na www.genexpress.sk. Zároveň prehlasuje, že požaduje poskytnutie daného výkonu za priamu úhradu. O výbere vhodného genetického testu je možné poradiť sa s genetikom online.

SPÔSOB ÚHRADY GENETICKÉHO TESTU A VÝSLEDOK:

Klient, samoplatca uhradí cenu genetického testu pri online objednávke. V prípade inej objednávky, klient uhradí cenu za DNA test na **IBAN:** SK5711000000002625006591 VS: rodné číslo bez lomítka. Genetické vyšetrenie bude realizované až po doručení vzorky do laboratória. Výsledok vyšetrenia je doručený vyšetrovanej osobe / zákonnému zástupcovi na ním uvedenú emailovú adresu. Výsledok vyšetrenia je možné konzultovať s genetikom online.

Dátum:**Podpis vyšetrovanej osoby
/ zákonného zástupcu:**