



Poučení a informovaný souhlas klientky s molekulárně-genetickým vyšetřením HPV

Vyplňte čitelně hůlkovým písmem

Jméno a příjmení:	
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Rodné číslo/číslo pojištění:
Korespondenční adresa: (adresa pro zaslání výsledku)	
Zakřížkujte pouze jednu z možností:	
Přeji si zaslání výsledku poštou do vlastních rukou	☒
Přeji si zaslání výsledku obyčejnou poštou*	☐
Přeji si zaslání výsledku e-mailem*	☐
Emailová adresa:	

*Poučení: Zúčastněné instituce nemůžou zaručit, že v případě zaslání výsledků vyšetření e-mailem nebo obyčejnou poštou budou tyto výsledky dostatečně zabezpečeny pro předávání citlivých dat a zdravotnické dokumentace ve smyslu platných právních předpisů zejména zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a prováděcí vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. V případě zaslání výsledků obyčejnou poštou je zde tedy možnost, že zásilku obsahující tyto výsledky převezme jiná osoba než Vy sama. Vaši volbu můžete změnit písemným oznámením zaslaným na adresu laboratoře – Ústavu molekulární a translační medicíny, Hněvotínská 5, 779 00 Olomouc nebo emailem na info@imtm.cz.

Název výkonu

Molekulárně-genetické vyšetření přítomnosti lidského papilomaviru (HPV).

Účel vyšetření HPV

Diagnostika přítomnosti HPV.

Povaha výkonu

Samoodběr biologického materiálu (cervikovaginální stěr) pomocí certifikovaného samoodběrového HPV testu pro domácí použití a následné laboratorní vyšetření HPV pomocí metod založených na sekvenování DNA, polymerázové řetězové reakci a/nebo hybridizaci.

Předpokládaný prospěch výkonu

Přítomnost HPV positivity, případné určení HPV podtypu pro diagnostiku časných cytopatologických změn děložního čípku. Vyšetření komplexních genetických změn doprovázejících HPV infekci, například integrace viru do genomické DNA, které zpřesňuje riziko vzniku nádoru.



Poučení a informovaný souhlas klientky s molekulárně-genetickým vyšetřením HPV

Vyplňte čitelně hůlkovým písmem

Jméno a příjmení:	
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Rodné číslo/číslo pojištění:
Korespondenční adresa: (adresa pro zaslání výsledku)	
Zakřížkujte pouze jednu z možností:	
Přeji si zaslání výsledku poštou do vlastních rukou	☒
Přeji si zaslání výsledku obyčejnou poštou*	☐
Přeji si zaslání výsledku e-mailem*	☐
Emailová adresa:	

*Poučení: Zúčastněné instituce nemůžou zaručit, že v případě zaslání výsledků vyšetření e-mailem nebo obyčejnou poštou budou tyto výsledky dostatečně zabezpečeny pro předávání citlivých dat a zdravotnické dokumentace ve smyslu platných právních předpisů zejména zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a prováděcí vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. V případě zaslání výsledků obyčejnou poštou je zde tedy možnost, že zásilku obsahující tyto výsledky převezme jiná osoba než Vy sama. Vaši volbu můžete změnit písemným oznámením zaslaným na adresu laboratoře – Ústavu molekulární a translační medicíny, Hněvotínská 5, 779 00 Olomouc nebo emailem na info@imtm.cz.

Název výkonu

Molekulárně-genetické vyšetření přítomnosti lidského papilomaviru (HPV).

Účel vyšetření HPV

Diagnostika přítomnosti HPV.

Povaha výkonu

Samoodběr biologického materiálu (cervikovaginální stěr) pomocí certifikovaného samoodběrového HPV testu pro domácí použití a následné laboratorní vyšetření HPV pomocí metod založených na sekvenování DNA, polymerázové řetězové reakci a/nebo hybridizaci.

Předpokládaný prospěch výkonu

Přítomnost HPV positivity, případné určení HPV podtypu pro diagnostiku časných cytopatologických změn děložního čípku. Vyšetření komplexních genetických změn doprovázejících HPV infekci, například integrace viru do genomické DNA, které zpřesňuje riziko vzniku nádoru.



Poučení a informovaný souhlas klientky s molekulárně-genetickým vyšetřením HPV

Vyplňte čitelně hůlkovým písmem

Jméno a příjmení:	
Datum narození: (není-li rodné číslo)	Rodné číslo/číslo pojištění:
Korespondenční adresa: (adresa pro zaslání výsledku)	
Zakřížkujte pouze jednu z možností:	
Přeji si zaslání výsledku poštou do vlastních rukou	☒
Přeji si zaslání výsledku obyčejnou poštou*	☐
Přeji si zaslání výsledku e-mailem*	☐
Emailová adresa:	

*Poučení: Zúčastněné instituce nemůžou zaručit, že v případě zaslání výsledků vyšetření e-mailem nebo obyčejnou poštou budou tyto výsledky dostatečně zabezpečeny pro předávání citlivých dat a zdravotnické dokumentace ve smyslu platných právních předpisů zejména zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a prováděcí vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. V případě zaslání výsledků obyčejnou poštou je zde tedy možnost, že zásilku obsahující tyto výsledky převezme jiná osoba než Vy sama. Vaši volbu můžete změnit písemným oznámením zaslaným na adresu laboratoře – Ústavu molekulární a translační medicíny, Hněvotínská 5, 779 00 Olomouc nebo emailem na info@imtm.cz.

Název výkonu

Molekulárně-genetické vyšetření přítomnosti lidského papilomaviru (HPV).

Účel vyšetření HPV

Diagnostika přítomnosti HPV.

Povaha výkonu

Samoodběr biologického materiálu (cervikovaginální stěr) pomocí certifikovaného samoodběrového HPV testu pro domácí použití a následné laboratorní vyšetření HPV pomocí metod založených na sekvenování DNA, polymerázové řetězové reakci a/nebo hybridizaci.

Předpokládaný prospěch výkonu

Přítomnost HPV positivity, případné určení HPV podtypu pro diagnostiku časných cytopatologických změn děložního čípku. Vyšetření komplexních genetických změn doprovázejících HPV infekci, například integrace viru do genomické DNA, které zpřesňuje riziko vzniku nádoru.



NADACE PRO
VÝZKUM RAKOVINY
Česká republika

Zařazení do studie

Prosíme Vás o souhlas k použití Vašeho biologického materiálu k dalšímu testování pro výzkumné účely. Jedná se o testování nových diagnostických, prognostických a prediktivních biomarkerů využitelných k přesnější diagnostice a popisu biologických vlastností sledovaných nemocí. Zdůrazňujeme, že Vaše účast na tomto projektu je zcela dobrovolná a souhlasit s ní nemusíte. Veškeré údaje podléhají lékařskému tajemství. Všechny údaje, které mohou Vaši osobu identifikovat, zůstanou přísně důvěrné. Pokud souhlasíte, zaškrtněte prosím v otázce č. 2 a 3 (níže) možnost ano.

Prohlášení vyšetřované osoby/zákonného zástupce

Prohlašuji, že jsem byla srozumitelně informována o povaze a účelu genetického laboratorního vyšetření uvedeném výše. Měla jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečném čase zvážit.

Za účelem výše uvedeným souhlasím s následujícím:

Vzor vyplnění (zatržení):	Zakroužkujte odpověď	ANO	NE
1. S izolací DNA z dodaného materiálu a s provedením molekulárně – genetického vyšetření HPV na ÚMTM LF UP v Olomouci		ANO	NE
2. Se skladováním mého biologického vzorku v bance Ústavu molekulární a translační medicíny, LF UP Olomouc.		ANO	NE
3. S anonymním využitím DNA k lékařskému výzkumu v oblasti identifikace nových diagnostických, prognostických a prediktivních biomarkerů.		ANO	NE
4. Přeji si, abych byla informována o výsledcích lékařského výzkumu, které mohou mít zásadní dopad na můj aktuální zdravotní stav.		ANO	NE
5. Souhlasím se zpracováním svých osobních údajů nezbytných k provedení vyšetření a stvrzuji, že jsem byla informována o způsobu a účelu zpracování svých osobních údajů prostřednictvím www.vyzkumrakoviny.cz/gdpr-hpv			

Datum

Podpis

**Tento informovaný souhlas odešlete spolu
s odebraným materiálem na molekulárně-genetické vyšetření
v předvyplněné přiložené obálce.**

Za podpory:



ÚSTAV MOLEKULÁRNÍ A
TRANSLAČNÍ MEDICÍNY

www.vyzkumrakoviny.cz



NADACE PRO
VÝZKUM RAKOVINY
Česká republika

Zařazení do studie

Prosíme Vás o souhlas k použití Vašeho biologického materiálu k dalšímu testování pro výzkumné účely. Jedná se o testování nových diagnostických, prognostických a prediktivních biomarkerů využitelných k přesnější diagnostice a popisu biologických vlastností sledovaných nemocí. Zdůrazňujeme, že Vaše účast na tomto projektu je zcela dobrovolná a souhlasit s ní nemusíte. Veškeré údaje podléhají lékařskému tajemství. Všechny údaje, které mohou Vaši osobu identifikovat, zůstanou přísně důvěrné. Pokud souhlasíte, zaškrtněte prosím v otázce č. 2 a 3 (níže) možnost ano.

Prohlášení vyšetřované osoby/zákonného zástupce

Prohlašuji, že jsem byla srozumitelně informována o povaze a účelu genetického laboratorního vyšetření uvedeném výše. Měla jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečném čase zvážit.

Za účelem výše uvedeným souhlasím s následujícím:

Vzor vyplnění (zatržení):	Zakroužkujte odpověď	☐ ANO	☐ NE
1. S izolací DNA z dodaného materiálu a s provedením molekulárně – genetického vyšetření HPV na ÚMTM LF UP v Olomouci		☐ ANO	☐ NE
2. Se skladováním mého biologického vzorku v bance Ústavu molekulární a translační medicíny, LF UP Olomouc.		☐ ANO	☐ NE
3. S anonymním využitím DNA k lékařskému výzkumu v oblasti identifikace nových diagnostických, prognostických a prediktivních biomarkerů.		☐ ANO	☐ NE
4. Přeji si, abych byla informována o výsledcích lékařského výzkumu, které mohou mít zásadní dopad na můj aktuální zdravotní stav.		☐ ANO	☐ NE
5. Souhlasím se zpracováním svých osobních údajů nezbytných k provedení vyšetření a stvrzuji, že jsem byla informována o způsobu a účelu zpracování svých osobních údajů prostřednictvím www.vyzkumrakoviny.cz/gdpr-hpv			

Datum

Podpis

**Tento informovaný souhlas odešlete spolu
s odebraným materiálem na molekulárně-genetické vyšetření
v předvyplněné přiložené obálce.**

Za podpory:



ÚSTAV MOLEKULÁRNÍ A
TRANSLAČNÍ MEDICÍNY

www.vyzkumrakoviny.cz



NADACE PRO
VÝZKUM RAKOVINY
Česká republika

Zařazení do studie

Prosíme Vás o souhlas k použití Vašeho biologického materiálu k dalšímu testování pro výzkumné účely. Jedná se o testování nových diagnostických, prognostických a prediktivních biomarkerů využitelných k přesnější diagnostice a popisu biologických vlastností sledovaných nemocí. Zdůrazňujeme, že Vaše účast na tomto projektu je zcela dobrovolná a souhlasit s ní nemusíte. Veškeré údaje podléhají lékařskému tajemství. Všechny údaje, které mohou Vaši osobu identifikovat, zůstanou přísně důvěrné. Pokud souhlasíte, zaškrtněte prosím v otázce č. 2 a 3 (níže) možnost ano.

Prohlášení vyšetřované osoby/zákonného zástupce

Prohlašuji, že jsem byla srozumitelně informována o povaze a účelu genetického laboratorního vyšetření uvedeném výše. Měla jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečném čase zvážit.

Za účelem výše uvedeným souhlasím s následujícím:

Vzor vyplnění (zatržení):	Zakroužkujte odpověď	ANO	NE
1. S izolací DNA z dodaného materiálu a s provedením molekulárně – genetického vyšetření HPV na ÚMTM LF UP v Olomouci		ANO	NE
2. Se skladováním mého biologického vzorku v bance Ústavu molekulární a translační medicíny, LF UP Olomouc.		ANO	NE
3. S anonymním využitím DNA k lékařskému výzkumu v oblasti identifikace nových diagnostických, prognostických a prediktivních biomarkerů.		ANO	NE
4. Přeji si, abych byla informována o výsledcích lékařského výzkumu, které mohou mít zásadní dopad na můj aktuální zdravotní stav.		ANO	NE
5. Souhlasím se zpracováním svých osobních údajů nezbytných k provedení vyšetření a stvrzuji, že jsem byla informována o způsobu a účelu zpracování svých osobních údajů prostřednictvím www.vyzkumrakoviny.cz/gdpr-hpv			

Datum

Podpis

**Tento informovaný souhlas odešlete spolu
s odebraným materiálem na molekulárně-genetické vyšetření
v předvyplněné přiložené obálce.**

Za podpory:



ÚSTAV MOLEKULÁRNÍ A
TRANSLAČNÍ MEDICÍNY

www.vyzkumrakoviny.cz