**Souhlas s posmrtným genetickým vyšetřením zemřelého při podezření na dědičnou příčinu úmrtí**

Prohlašuji, že jsem osobou blízkou zemřelému[[1]](#footnote-1), a to ve vztahu …………………………………….., jehož vzorků (biologického materiálu) se tento souhlas týká.

Prohlašuji, že jsem byl/a kompetentním lékařem srozumitelně informován/a o detailech genetického laboratorního vyšetření a měl/a jsem možnost klást doplňující dotazy, které mi byly zodpovězeny.

Prohlašuji, že si nejsem vědom/a žádné skutečnosti, která by nasvědčovala tomu, že by zemřelý za svého života nesouhlasil s genetickou či jinou analýzou jemu odebraných vzorků (biologického materiálu).

Potvrzuji, že jsem byl/a poučen/a o významu vyšetření a měl/a jsem dostatek času hovořit o této problematice s níže podepsaným kompetentním lékařem.

**Na základě informací obdržených od zdravotnického pracovníka prohlašuji, že souhlasím s následujícím** (zakroužkujte následující možnosti)**:**

1. **s odběrem a následným genetickým vyšetřením biologického materiálu odebraného při pitvě z těla zemřelého**

**Ano Ne**

1. **s poskytnutím kopie zdravotnické dokumentace zemřelého, a to za účelem spolehlivého vyhodnocení výstupů genetického vyšetření**

**Ano Ne**

1. **s použitím biologického materiálu odebraného zemřelému, a s použitím mého biologického materiálu pro účely výuky, vědy nebo výzkumu (zejména ohledně vědeckého poznávání příčin náhlé srdeční smrti a možností jejímu předcházení) po skončení genetické diagnostiky**

**Ano Ne**

1. **s tím, že vzorky krve a odebrané tkáně zemřelého mohou být i několik let skladovány pro dodatečné genetické analýzy v závislosti na pokroku výzkumu v této oblasti. Vzorky budou uloženy pod kódovým označením a nikoliv pod jménem či jinou identifikační informací.**
2. **Ano Ne**

**Zemřelý:**

**……………………………………… ………………………………………. ……………………………………….**

(jméno, příjmení, datum narození a datum úmrtí)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jméno a příjmení osoby blízké zemřelé osobě / zákonného zástupce osoby blízké zemřelé osobě (tiskace)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis a rodné číslo Datum a místo: Telefonní /elektronické spojení:

**Potvrzuji, že jsem výše podepsanou osobu informoval o cílech genetického vyšetření a zodpověděl/a jsem všechny kladené dotazy.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka (tiskace)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis Datum a místo:

1. Osobou blízkou zemřelému je příbuzný v řadě přímé, sourozenec, manžel nebo partner podle zákona upravujícího registrované partnerství, osoby sešvagřené, osoby které spolu trvale žijí a jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném, pokud by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pociťovala jako újmu vlastní. [↑](#footnote-ref-1)