



Vyšetrenie HPV a vybraných patogénnych mikroorganizmov z urogenitálnych sterov.

Pacient, resp. jeho zákonný zástupca, je povinný si pred vykonaním vyšetrenia prečítať nižšie uvedené údaje a svojím podpisom potvrdiť, že informáciám porozumel a následne sa rozhodnúť, či dáva súhlas k vyšetreniu svojej vzorky v zmysle tohto poučenia.

Skríningové vyšetrenie HR-HPV umožňuje detekciu prítomnosti 14 vysokorizikových (HR) typov HPV (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68) zo sterov z exocervixu, pričom špecificky identifikuje typy 16 a 18, ostatné typy sú vyhodnotené ako „iné“.

Genotypizácia HPV vírusov umožňuje presnú identifikáciu typov HPV vírusov z urogenitálnych sterov. Test špecificky deteguje HR-HPV typy: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68 a LR-HPV typy: 6, 11; vrátane viacnásobných infekcií. Uvedené vyšetrenia potvrdia alebo vyvrátia prítomnosť HPV infekcie v odobratej vzorke. Z urogenitálnych sterov sa izoluje DNA a následne sa špecificky deteguje prítomnosť alebo neprítomnosť daných vírusových DNA.

Dôkaz malígnych prekursorov pomocou expresie HR-HPV onkogénov E6/E7 HR-HPV ako aj test na **detekciu metylácie génov súvisiacich s progresiou patologických zmien spôsobených HR-HPV** sú určené pacientkam s dokázanou HR-HPV infekciou a dlhodobou zhoršeným OC nálezom H-SIL alebo L-SIL. Pozitívny výsledok týchto testov poukazuje na zvýšené riziko progresie k neopláziám vyšších stupňov.

Test na **vyšetrenie patogénov** *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum* a *Ureaplasma parvum* potvrdia alebo vyvrátia prítomnosť uvedených patogénnych mikroorganizmov v urogenitálnom stere príp. v moči. V prípade urogenitálnych sterov sa toto vyšetrenie môže uskutočňovať spolu s vyšetreniami HPV.

Horeuvedené vyšetrenia sú spojené s bežnými rizikami odberu urogenitálnych sterov. V prípade ak vzorku nie je možné vyhodnotiť alebo výsledky vyšetrenia nie sú jednoznačné, je odporúčané opakovať test z nového odberu po 3 mesiacoch.

1. Meno, priezvisko a dátum narodenia osoby, ktorej vzorka sa má analyzovať: *

2. Na základe vyšetrenia vyššie uvedenej osoby vzhľadom na novovzniknuté ťažkosti, prípadne nové prejavy ochorenia osoby bola(i) stanovená(é) diagnóza(y): *

3. Navrhovaný (plánovaný) diagnosticko-liečebný postup príp. navrhovaný výkon: *

3a Skríningové vyšetrenie HR-HPV infekcie

3b Genotypizácia HPV vírusov

3c Dôkaz malígnych prekursorov pomocou expresie HR-HPV onkogénov E6/E7

3d Detekcia metylácie génov súvisiacich s progresiou patologických zmien spôsobených HR-HPV

3e Vyšetrenie patogénov



Dolu podpísaný(á) potvrdzujem svojím podpisom, že lekárovi, ktorý ma vyšetril, som pri poskytnutí anamnestických údajov nezatajil(a) žiadne vážnejšie ochorenie, pre ktoré som sa v minulosti liečil(a), prípadne ktoré mi bolo v minulosti diagnostikované.

Zároveň svojím podpisom potvrdzujem, že som bol(a) informovaný(á) o povahe môjho ochorenia, o dôvode, účele, spôsobe a možnostiach molekulovogenetického vyšetrenia vzorky môjho urogenitálneho steru a jeho archivácie/ skladovania, ako aj o možných následkoch a možných rizikách spojených s navrhovanou zdravotnou starostlivosťou.

Súhlasím s tým, aby bola vzorka môjho urogenitálneho steru použitá pre molekulovogenetické účely a analýzu vyššie uvedených navrhovaných výkonov (v bode 3) alebo pre budúce možné vyšetrenie doposiaľ neznámeho génu súvisiaceho s objasnením mojej diagnózy.

Súhlasím, aby bola vzorka môjho urogenitálneho steru archivovaná za účelom prípadnej genetickej analýzy alebo na účely referenčnej vzorky v referenčnom laboratóriu Oddelenia lekárskej genetiky OÚSA pri zaistení ochrany mojich osobných údajov.

Tiež súhlasím, aby výsledky vyšetrení, vrátane zodpovedajúcich informácií o mojom zdravotnom stave zistené v súvislosti s molekulovogenetickým vyšetrením boli anonymizované a anonymné výsledky a informácie následne použité v rámci aktivít Oddelenia lekárskej genetiky OÚSA pre ďalšie diagnostické a vedecké účely.

Bol(a) som poučený(á) o možnostiach voľby navrhovaných postupov, ako aj o rizikách odmietnutia poskytnutia zdravotnej starostlivosti. Poučenie mi bolo poskytnuté zrozumiteľne, ohľaduplne, bez nátlaku, s možnosťou a dostatočným časom slobodne sa rozhodnúť.

Porozumel/a som poskytnutým informáciám, mal/a som príležitosť klásť otázky a dostať uspokojivé odpovede, a potvrdzujem, že všetky poskytnuté informácie sú podľa môjho najlepšieho vedomia pravdivé.

Svojím podpisom potvrdzujem, že s vyššie navrhovaným vyšetrením vzorky mojej DNA/RNA a jej archivovaním/skladovaním:

SÚHLASÍM - NESÚHLASÍM **

* vyplní ošetrojúci lekár

** nehodiace sa preškrtnúť

V _____, dňa _____ čas _____

_____ podpis a odtlačok pečiatky lekára

_____ podpis osoby, ktorej sa poskytuje zdravotná starostlivosť (prípadne jej zákonného zástupcu)