

MOZKOVÁ BANKA

Neurologické kliniky a Ústavu a klinické a molekulární patologie
Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci

Souhlas dárce s uchováním a využitím mozkové tkáně pro potřeby výzkumu

V tomto dokumentu vyjadřujete souhlas s darováním svého mozku k výzkumným účelům. Jedná se o tzv. prokazatelný souhlas v souladu s platnou legislativou.

Neurodegenerativní choroby (Alzheimerova nemoc, Parkinsonova nemoc, demence s Lewyho tělísky, a řada dalších) jsou pouze lidským onemocněním. Darování vzorků mozkové tkáně po úmrtí na výzkumné účely má proto zásadní význam pro lepší pochopení procesů, které se v nemocném mozku odehrávají a umožňuje tak vyvíjet přesnější diagnostické nástroje a léčebné postupy – a je zdrojem naděje pro pacienty a jejich nejbližší.

1. Přečetl/a jsem a porozuměl/a dokumentu **Informace pro dárce mozku pro výzkumné účely**, který je součástí tohoto formuláře souhlasu. ano ne
2. Mohl/a jsem položit doplňující otázky k darování mozku. ano ne
3. Přeji si darovat svůj mozek pro výzkumné účely Mozkové bance Neurologické kliniky a Ústavu a klinické a molekulární patologie Fakultní nemocnice Olomouc (FNOL) a Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci (dále jen „Mozková banka“). ano ne
4. Souhlasím s darováním míchy pro výzkumné účely Mozkové bance. ano ne
5. Souhlasím s uchováním vzorku mozkomíšního moku pro výzkumné účely v Mozkové bance. ano ne
6. Souhlasím s tím, že vzorek z tkáně, kterou daruji, může být použit i ke genetickému výzkumu vždy s explicitním souhlasem Etické komise FNOL. Jsem si vědom/a toho, že výsledky výzkumu nebudou mít konkrétní dopady na mě ani na moji rodinu. ano ne
7. Mozkové banky fungují ve většině států EU v úzké vzájemné spolupráci. Souhlasím s tím, že vzorek z tkáně, kterou daruji, může být poskytnut k jasně vymezeným vědeckým účelům akreditované mozkové bance v EU. ano ne

Jméno a příjmení dárce:

Datum narození / rodné číslo:

Adresa:

Lékař, který poskytl poučení:

Adresa:

Telefon:

E-mail:

| Datum | Hodina | Podpis dárce |
|-------|--------|--------------|
| | | |

| Datum | Hodina | Podpis lékaře |
|-------|--------|---------------|
| | | |

Záznam o souhlasu

V případě, že dárce nemůže s ohledem na svůj zdravotní stav formulář souhlasu podepsat, osoba blízká dárce stvrzuje svým podpisem jeho nepochybný projev vůle. Je nutné uvést zdravotní důvody bránící podpisu dárce a způsob, jakým dárce svou vůli projevil. Pokud není přítomna osoba blízká dárce, nepochybný projev vůle dárce stvrdí svým podpisem svědek.

Tento postup je možný pouze ve zdravotnickém zařízení.

Jméno a příjmení osoby blízké / svědka*:

Vztah osoby blízké k dárce:

Adresa:

Důvody bránící podpisu dárce:

Způsob, jakým dárce projevil svoji vůli:

| Datum | Hodina | Podpis osoby blízké / svědka* |
|--|--------|----------------------------------|
| | | |
| Jméno a příjmení zdravotnického pracovníka | | Podpis zdravotnického pracovníka |
| | | |

* nehodící se škrtněte

Vyhotovení „Souhlasu dárce s uchováním a využitím mozkové tkáně pro potřeby výzkumu“:

Originál: 1x pro lékaře, který poskytl poučení, k založení do zdravotnické dokumentace pacienta/dárce

Kopie: 1x pro dárce /osobu blízkou
1x pro Mozkovou banku (prosíme o zaslání obratem)

Pokud budete mít jakékoliv další dotazy, můžete se na nás kdykoliv obrátit e-mailem:

katerina.mensikova@fnol.cz, lucie.tuckova@fnol.cz.

**Prosíme kontaktujte Mozkovou banku při úmrtí dárce telefonicky
na čísle +420 734 661 219**

Mozková banka Neurologické kliniky a Ústavu a klinické a molekulární patologie
Fakultní nemocnice Olomouc a Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci
Fakultní nemocnice Olomouc, Zdravotníků 248/7, 779 00 Olomouc;

<https://mozkovabanka.fnol.cz/>
katerina.mensikova@fnol.cz, lucie.tuckova@fnol.cz