

„Ve zkoumání mozkové tkáně je naděje pro pacienty s demencí.“

## MOZKOVÁ BANKA

### Souhlas osoby blízké s uchováním a využitím mozkové tkáně pro potřeby výzkumu<sup>1</sup>

V tomto dokumentu vyjadřujete souhlas s darováním mozku vaší zemřelé osoby blízké. Jedná se o tzv. prokazatelný souhlas s vaším úředně ověřeným podpisem v souladu s platnou legislativou.

Neurodegenerativní choroby (Alzheimerova nemoc, Parkinsonova nemoc, demence s Lewyho tělísky, a řada dalších) jsou pouze lidským onemocněním. Proto darování vzorků mozkové tkáně po úmrtí na výzkumné účely má 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. Souhlasím s uchováním vzorků mozkové tkáně osoby blízké pro výzkumné účely v Mozkové bance Fakultní Thomayerově nemocnice (FTN) a 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy (3. LF UK) v Praze (dále jen „Mozková banka“). ano  ne
4. Souhlasím s uchováním vzorků míchy osoby blízké pro výzkumné účely Mozkové bance. ano  ne
5. Souhlasím s uchováním vzorku mozkomíšního moku osoby blízké pro výzkumné účely Mozkové bance. ano  ne
6. Souhlasím s tím, že vzorek z tkáně, která bude uchována, může být použit i ke genetickému výzkumu vždy s explicitním souhlasem Etické komise FTN a Institutu klinické a experimentální medicíny v Praze. Jsem si vědom/a toho, že výsledky výzkumu nejspíše nebudou mít konkrétní dopady na mě ani na moji rodinu, pokud jsem geneticky příbuznou osobou se zemřelým pacientem. ano  ne
7. Mozkové banky fungují ve většině států EU v úzké vzájemné spolupráci. Souhlasím s tím, že vzorek z tkáně, která bude uchována, může být poskytnut k jasně vymezeným vědeckým účelům akreditované mozkové bance v EU. ano  ne

<sup>1</sup>Prokazatelný souhlas s uchováním a využitím části těla pacienta vyjádřený osobou blízkou zemřelému pacientovi s úředně ověřeným podpisem dle ustanovení § 81 odst. 5 zákona č. 372/2011 Sb.

Jméno a příjmení dárce.....  
Datum narození/rodné číslo.....  
Adresa.....  
.....  
.....

Jméno a příjmení příbuzného/osoby blízké.....  
Vztah osoby blízké k pacientovi.....  
Adresa.....  
.....  
.....

Lékař, který poskytl poučení.....  
Adresa.....  
.....  
.....  
Telefon ..... E-mail.....

Místo a datum podpisu „Souhlasu osoby blízké s uchováním a využitím mozkové tkáně pro potřeby výzkumu“:

.....

Podpis osoby blízké .....

Podpis lékaře .....

Tento „Souhlas osoby blízké s uchováním a využitím mozkové tkáně pro potřeby výzkumu“ je vyhotoven ve třech stejnopisech:

1x pro pacienta/osobu blízkou

1x pro lékaře, který poskytl poučení

1x pro Mozkovou banku (prosíme o zaslání obratem)

Pokud budete mít jakékoliv dotazy, můžete se obrátit přímo na Mozkovou banku telefonicky (+420 733 157 727) nebo e-mailem (sabrina.man@brainbank.cz).

**Prosíme kontaktujte Mozkovou banku při úmrtí dárce  
telefonicky na čísle +420 733 157 727.**

Mozková banka Fakultní Thomayerovy nemocnice a 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy  
Václavská 800, 140 59 Praha 4 - Krč T: +420 733 157 727 E: sabrina.man@brainbank.cz  
www.brainbank.cz www.ftn.cz