

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

## MOZKOVÁ BANKA

### Souhlas 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 s vaším úředně ověřeným podpisem v souladu s platnou legislativou. Pokud souhlas vyjádříte ve zdravotnickém zařízení, není třeba jej opatřit úředně ověřeným podpisem.

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. Přeji si darovat svůj mozek pro výzkumné účely Mozkové bance Fakultní Thomayerovy nemocnice (FTN) a 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze (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 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. 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.....

.....

.....

Jméno a příjmení osoby blízké/svědka.....

Vztah osoby blízké k pacientovi.....

Adresa.....

.....

.....

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

Pokud není přítomna osoba blízká pacientovi, nepochybný projev vůle pacienta stvrdí svým podpisem svědek. Tento postup je možný pouze ve zdravotnickém zařízení.

Lékař, který poskytl poučení.....

Adresa.....

.....

.....

Podpis.....

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

.....

Podpis pacienta\* .....

\*úředně ověřený podpis (pokud je souhlas podepisován ve zdravotnickém zařízení, není nutné ověřovat podpis; záznam o souhlasu pacienta vysloveného ve zdravotnickém zařízení podepíše pacient a lékař )

Podpis lékaře .....

Způsob, jakým pacient projevil svoji vůli a zdravotní důvody bránící podpisu pacienta, pokud pacient není schopen ve zdravotnickém zařízení podepsat tento formulář:

.....

.....

.....

.....

Tento „Souhlas s uchováním a využitím mozkové tkáně výzkumné účely“  
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.**