

# מרכז גנטי GGA סופס הזמנת בדיקה

## פרטי הנבדק/ת:

\*במידה ורצונך במכתב תשובה באנגלית נא למלא פרטי נבדק באנגלית באותיות גדולות (CAPITAL letters) וברורות

שם: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_ מין: \_\_\_\_\_  
 First name Surname ID No. Date of Birth F M Sex  
 טלפון 1: \_\_\_\_\_ טלפון 2: \_\_\_\_\_ דוא"ל: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

כתובת למשלוח חשבונית/קבלה: \_\_\_\_\_

דת (הקף בעיגול): יהודי / נוצרי / ערבי מוסלמי / ערבי נוצרי / אחר: \_\_\_\_\_ מוצא האב: \_\_\_\_\_ מוצא האם: \_\_\_\_\_  
 סיבת הפנייה: \_\_\_\_\_

סוג דגימה שהתקבל DNA □ דם □ בלוק פרפין □ FTA □ אחר: \_\_\_\_\_  
 הערות: \_\_\_\_\_

## גורם רפואי מפנה:

שם הרופא/יועץ גנטי: \_\_\_\_\_ מוסד רפואי מפנה: \_\_\_\_\_ מס' טלפון של הרופא/יועץ גנטי: \_\_\_\_\_  
 פקס: \_\_\_\_\_ כתובת מייל: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_

## מידע רפואי נלווה

צורף מידע רפואי □ לא צורף מידע רפואי □ לא מעוניין לצרף מידע רפואי □

נא לבחור את הבדיקה הרצויה מבין הבדיקות הרצ"ב:

### בדיקות גנטיות בתחום אונקולוגיה

- פאנל BRCA (איתור 15 מוטציות ספציפיות בגנים BRCA1+2)
- תוספת מוטציה הקשורה בעדה הכורידית לפאנל BRCA
- פאנל מעי גס (איתור 14 מוטציות שכיחות בגנים MSH2 / MSH6 / MUTYH)
- פאנל מעי גס מורחב (איתור 25 מוטציות שכיחות בגנים MSH2 / MSH6 / MUTYH / POLD1 / POLE)
- פאנל BRCA + פאנל מעי גס
- ריצוף מלא של הגנים BRCA1+2
- פאנל GENOONCO (ריצוף 40 גנים הקשורים בסרטן שד/שחלה ובסוגי סרטן נוספים הקשורים במערכת הגניקולוגית בשיטת NGS).
- CANCER PANEL (ריצוף 72 גנים הקשורים בסוגי סרטן שונים בשיטת NGS)
- פאנל סרטן הערמונית (ריצוף 13 גנים הקשורים בסרטן הערמונית בשיטת NGS)
- פאנל סרטן הבלבל (ריצוף 12 גנים הקשורים בסרטן הבלבל בשיטת NGS)
- RENAL CELL CARCINOMA PANEL (ריצוף 8 גנים הקשורים ב-Renal Cell Carcinoma)
- פאנל מוטציות על גידול בגן \_\_\_\_\_
- ריצוף מלא של הגן \_\_\_\_\_ הקשור למחלת \_\_\_\_\_

### בדיקות גנטיות בתחום קרדיולוגיה

- פאנל BRUGADA SYNDROME (ריצוף 7 גנים הקשורים ב-BRUGADA SYNDROME)
- LONG QT SYNDROME (ריצוף 12 גנים הקשורים ב-LONG QT SYNDROME)
- SHORT QT SYNDROME (ריצוף 5 גנים הקשורים ב-SHORT QT SYNDROME)
- CPVT (ריצוף 5 גנים הקשורים ב-CPVT)
- SUDDEN DEATH SYNDROME (ריצוף 72 גנים הקשורים ב-SUDS)
- CUSTOM PANEL (יש לפרט את שמות הגנים): \_\_\_\_\_

### NGS Sequencing

- אקסום קליני (ריצוף 4,813 גנים ILLUMINA - TRUSIGHT ONE)
- אקסום מלא לדוגמא בודדת
- אקסום מלא - טריו (מבנה משפחתי של שלושה פרטים, בד"כ זוג הורים וצאצא)
- פאנל תסמונת NOONAN (ריצוף גנים הקשורים לתסמונת NOONAN בשיטת NGS)
- פאנל MODY (ריצוף 9 גנים הקשורים לסכרת מסוג MODY)
- פאנל ריצוף עד 15 גנים בשיטת NGS: (יש לפרט את שמות הגנים) \_\_\_\_\_
- פאנל ריצוף מעל 15 גנים בשיטת NGS: (יש לפרט את שמות הגנים) \_\_\_\_\_
- ריצוף מלא של הגן \_\_\_\_\_ הקשור למחלת \_\_\_\_\_

### DNA הפקות

- הפקה מדם
- הפקה מבלוק פרפין

### בדיקות לצורך איתור חסרים ותוספות

- CGH Array HD
- CGH Array LD
- בדיקת חסרים/תוספות באמצעות RT-PCR בגן \_\_\_\_\_
- איתור מוטציה ספציפית בגן \_\_\_\_\_

• הבדיקות הן דינמיות ומורכבות ולעיתים נדרשות פעולות נוספות להבטחת איכות התוצאה, לפיכך קיימת אפשרות של חריגה של כ-10 ימים מהזמן שהוגדר.  
 • לבדיקה במחיר מתחת 500 ₪, תתווסף עלות המשלוח על סך 60 ₪

• האם ידועים לכם מקרים במשפחה הרחבה של מחלה / נשאות של מחלה גנטית? כן / לא

• אם כן, איזו מחלה: \_\_\_\_\_ נא לפרט את קרבת המשפחה המדוייקת: \_\_\_\_\_

• האם בן/ת הזוג נבדק/ה ונמצא/ה נשא/ית של מחלה גנטית כלשהי? כן / לא, במידה וכן איזו מחלה? \_\_\_\_\_

• האם הנבדקת/בת זוג הנבדק, בהריון? כן / לא, במידה וכן שבוע הריון: \_\_\_\_\_

• האם ביצעת בעבר בדיקות סקר גנטיות? במידה וכן, איזה בדיקות? \_\_\_\_\_

שנת ביצוע הבדיקות הגנטיות \_\_\_\_\_

## טופס הסכמה לבדיקה גנטית במרכז גנטי GGA

אני החתום/ה מטה, שם פרטי ומשפחה: \_\_\_\_\_ מס' ת.ז: \_\_\_\_\_

מצהיר/ה ומאשר/ת בזאת כי ניתן לי הסבר מפורט על הבדיקה ועל משמעותה לגבי ולגבי בני משפחתי. הוסבר לי כי טופס זה מהווה הסכמה מדעת בכתב על פי "חוק מידע גנטי" התשמ"א 2000, והוא כולל הסבר לעניין לקיחת דגימת DNA ועריכת בדיקות גנטיות, שמירת המידע ומסירתו.

### שם הבדיקה:

### מגבלות הבדיקה:

הוסבר לי כי הבדיקה/ות המבוצעת/ות נועדה/ו לבדוק רק את המחלות אותן אני מבקש/ת לבצע והמצינויות בטופס זה.

הוסבר לי כי לכל בדיקה גנטית ופרשנותה יש אחוז דיוק התלוי בשיטות הנהוגות בביצוע הבדיקה, במחלה הנבדקת, במוצא העדתי, ובידע הקיים בעת ביצוע הבדיקה.

הוסבר לי והבנתי כי מתן פרשנות נכונה לתוצאות הבדיקה תלוי גם בדיווח מלא על מצב בריאותי ובריאות בני משפחתי, על דיווח מהימן של הקרבה הביולוגית והמוצא העדתי של הנבדק ובני המשפחה.

הוסבר לי כי לתוצאה חריגה עלולות להיות השלכות לא רק לגבי, אלא גם לגבי בני משפחתי.

הוסבר לי כי בשל מורכבות הבדיקות הגנטיות, יתכן שיעור מזערי של תוצאות שגויות הן לחיוב והן לשלילה. ידוע לי כי יתכנו מצבים נדירים בהם, בשל בעיות טכניות, לא ניתן יהיה להגיע לתוצאות חד משמעיות של הבדיקה הגנטית ו/או שיהיה צורך לחזור על הבדיקה.

הוסבר לי כי המועד שנקבע להשלמת ביצוע הבדיקה הוא אומדן, במקרים חריגים התוצאות יכולות להגיע לפני או אחרי המועד המשוער.

### מסירת תוצאות בדיקה גנטית:

הובהר לי כי תוצאות הבדיקה הגנטית ימסרו, בהתאם להוראתי, לי או למי שאורה.

הוסבר לי כי על פי הוראות החוק ניתן למסור את ממצאי הבדיקה הגנטית למטפל אחר או לנותן יעוץ גנטי אחר, לצורך טיפול בקרוב, אלא אם כן אביע התנגדות לכך. עם זאת, ועדת אתיקה יכולה לאשר את מסירת ממצאי הבדיקה, אף אם אתנגד לכך.

הובהר לי כי על פי הוראות החוק, ראשי מטפל להחליט שלא למסור לי את תוצאות הבדיקה/ות הגנטיות שנערכה/ו לי, אם להערכתו ידיעתן עלולה לגרום לנזק חמור לבריאותי הגופנית או הנפשית, לאחר אישור ועדת האתיקה.

הוסבר לי כי לעיתים, כתוצאה מביצוע בדיקה גנטית מסוימת, עלול לקרות מצב בו מזהה הפרעה או מצב אחר שלא הייתה כוונה ראשונית לאתרם. כמו כן, בדיקות גנטיות במשפחה עלולות לאתר מצבים בהם הקשרים הביולוגיים בין הנבדקים אינם תואמים לאלו שדווחו על ידי הנבדק/ים (כמו במצבים של אימוץ או אבהות שונה מהמדווח). כעקרון, במקרים אלו לא ידווחו הממצאים החריגים ו/או האקראיים למעט במקרים בהם למידע זה עשויה להיות חשיבות מניעה של סיכון רפואי לנבדק או לצאצאיו, ובכפוף להחלטת ועדת האתיקה.

בירת המחל היא שליחת מכתב הסיכום לרופא המצוין כרופא מזמין. במידה והנך מבקש/ת שהתוצאות ישלחו גם אליך נא לציין כותבת מייל ברורה: \_\_\_\_\_

### סודיות רפואית:

הוסבר לי כי הגורמים המטפלים מחויבים בשמירה על הסודיות הרפואית בכלל והסודיות הגנטית בפרט, ואוסרים שימוש לרעה במידע זה, לרבות על ידי אפליה של חברות הביטוח ומעסיקים. עם זאת, ברור לי כי במידה ואסכים בכתב למסירת המידע הגנטי לאחר, קיימת אפשרות שהמידע הגנטי יגיע לידי גורמים אחרים.

### הטיפול בדגימת ה-DNA של הנבדק לאחר ביצוע הבדיקה/ות הנדרשת/ות:

אני מסכים / לא מסכים כי הדגימה תישמר כשהיא מזוהה לצורך כל מחקר שאושר כחוק.

ידוע לי כי דגימות ה-DNA הנשמרות לאורך זמן מאבדות מאיכותן ויתכן שלא ניתן יהיה לעשות בהן שימוש. המידע הרפואי יישמר במאגר מידע מס' 700061225. המידע של תוצאות הבדיקה יימסר לגורם הרפואי שהזמין את הבדיקה למטרת מתן שירותים רפואיים ופרה-רפואיים. לא חלה חובה חוקית למסור את המידע למטרות אחרות.

### חתימות:

הנני נותן/ת בזאת את הסכמתי לביצוע הבדיקות הגנטיות הנ"ל והנני מצהיר/ה כי הסכמתי לביצוע הבדיקות הגנטיות הנ"ל ניתנת מרצוני החופשי לאחר שהוסבר לי והבנתי את כל האמור לעיל.

הנני מאשר/ת את מסירת המידע הגנטי ל \_\_\_\_\_

שם פרטי \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ קירבה \_\_\_\_\_

אני מאשר/ת כי קיבלתי עותק של טופס ההסכמה מדעת.

אני מאשר/ת כי קיבלתי דף הסבר כללי על זכויות הנבדק בבדיקות גנטיות - לפי סעיף 12(ב) לחוק מידע גנטי.

שם הנבדק: \_\_\_\_\_ מס' תעודת זהות: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_