

מרכז גנטי GGA טופס הזמנת בדיקה: ילודה ופריון

פרטי הנבדק:

*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: _____

שם בן/בת הזוג: _____ ת.ז. בן/בת הזוג: _____ טל' בן/בת הזוג: _____

מוצא הורי בן/בת הזוג: אב: _____ אם: _____ דת בן/בת הזוג (הקף בעיגול): יהודי / נוצרי / ערבי מוסלמי / ערבי נוצרי / אחר: _____

סיבת ההפנייה: _____

יש לסמן במידת הצורך את מקור הדגימה תורם זרע תורמת ביצית (קוד תורם זרע/ביצית _____) מי שפיר/סיסי שלייה 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 סקר גנטיות

פאנל מוטציות סקר גנטי (53 מחלות - 104 מוטציות)

מעוניין לבצע SMA X שברי

פאנל תורמות ביצית (16 CF מוטציות + X שברי + SMA)

פאנל 16 CF מוטציות (עבור מוצא נוצרי מזרח אירופאי)

מוטציה/ות _____ למחלה ספציפית מתוך פאנל הסקר,

שם המחלה _____

ריצוף מלא של הגן _____ הקשור למחלה

פאנל ריצוף סקר גנטי (NGS) **GGA360** (ריצוף מלא של כ-3000 גנים הקשורים במחלות גנטיות)

יש לסמן במידת הצורך: מצורפת דגימת בן/בת הזוג לבדיקת **GGA360**

לשימוש פנימי: GGA# _____

בדיקות לצורך איתור חסרים ותוספות

CGH Array HD

CGH Array LD

בדיקת חסרים/תוספות באמצעות RT-PCR בגן _____

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 ריצוף עד 15 גנים בשיטת NGS: (יש לפרט את שמות הגנים) _____

פאנל ריצוף מעל 15 גנים בשיטת NGS: (יש לפרט את שמות הגנים) _____

DNA הפקות

הפקה מזרע

הפקה מדם

בדיקות נוספות

פאנל קרישה (בדיקת מוטציות ספציפיות הקשורות לרגישות לקרישות יתר)

שלילת זיהום אימהי

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 מדעת לבדיקה גנטית

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 והמציניות 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, רשאי מטפל להחליט שלא למסור לי את תוצאת הבדיקה/ות הגנטית/יות שנערכה/ו לי, אם להערכתו ידעתי 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 כתובת 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 מזהה לצורך כל מחקר שאושר כחוק.

ידוע לי כי דגימות 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. _____ קרבה _____

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: _____

נספח לטופס הזמנת בדיקות סקר גנטיות

סוג הדגימה: דם / רוק

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

תעודת זהות: _____ ת.לידה: _____ מין המטופל: ז / נ

שם בן/בת זוג: _____ ת.ז. בן/בת זוג: _____

טלפון נבדק/ת: _____ טלפון בן/בת זוג: _____ טלפון נוסף: _____

כתובת: _____ אי-מייל _____

דת (הקף בעיגול): יהודי / נוצרי / ערבי מוסלמי / ערבי נוצרי / אחר: _____

מוצא האב: _____ מוצא האם: _____

מוצא הורי בן/בת הזוג: אב: _____ אם: _____

הצהרת הנבדק/ת:

לא ביצעתי בעבר בדיקות סקר גנטיות.

ביצעתי בעבר בדיקות סקר גנטיות כמפורט להלן:

הבדיקות שבוצעו: _____

הבדיקות בוצעו בשנת _____ במוסד הרפואי _____

בן/בת זוגי לא ביצע/ה בעבר בדיקות סקר גנטיות.

ביצע/ה בעבר בדיקות סקר גנטיות כמפורט להלן:

הבדיקות שבוצעו: _____

הבדיקות בוצעו בשנת _____ במוסד הרפואי _____

חתימת הנבדק _____ תאריך _____

הצהרת GGA:

לפי מייטב ידיעת החברה הנבדק/ת ו/או בן/בת זוגו/ה לא ביצעו בדיקות סקר גנטיות אשר אינן מפורטות בהצהרתו/ה לעיל.

חתימה _____ תאריך _____