

טופס הסכמה מדעת לביצוע בדיקה גנטית (DNA)

למעבדה הגנטית – המכון לגנטיקה ע"ש רקאנטי, מרכז רפואי רבין

אני הח"מ _____ בעלת ת.ז./דרכון מס' _____

(במקרה של דרכון - יש לציין את שם המדינה בה הוצא)

שם פרטי ושם משפחה

שכתובתי _____

עיר

רח'

מצהיר/ה, כי אני מעל גיל 18 וקיבלתי מידע והסבר מפורט כלהלן:

על הבדיקה/ות הגנטית/יות הבאות:

בחתימתי על טופס זה הריני לאשר כי נמסר לי מידע בכתב ובע"פ אודות זכויותיי ופרטי הבדיקה, לרבות באמצעות הפניה לאתר מקוון ו/או עלוני מידע שבעמדת המזכירות, וטופס זה מהווה הסכמה מדעת בכתב על פי חוק מידע גנטי, תשמ"א-2000, והוא כולל הסבר לעניין לקיחת דגימת DNA ועריכת בדיקות גנטיות, שמירת המידע ומסירתו.

כמו כן הובהר לי כי ייתכן וקיימות בארץ ובעולם אפשרויות לעריכת בדיקות נוספות נרחבות יותר ו/או רלוונטיות יותר אשר לא הומלצו על ידי איגוד הגנטיקאים בישראל ואשר אינן מתבצעות לפיכך על ידיכם במכון הגנטי/במעבדה לבדיקות גנטיות הנ"ל, וכי בדיקות אלו עשויות לגלות מחלות ו/או מומים נוספים. לאור האמור אני מוותר על כל טענה כלפי המכון בשל אי ביצועם על ידיכם.



יתרונות הבדיקה: הבדיקה הגנטית מסייעת להגדיר את דרגת הסיכון של הנבדק/ת או של בני משפחתו/ה ללקות במחלה גנטית או להוריש מחלה גנטית לצאצאיהם. במקרה שיימצא סיכון כזה, ייתכן שניתן יהיה לנקוט אמצעים שונים לזיהוי מוקדם של המחלה, לטיפול ומניעה של המחלה ו/או למניעת לידה של צאצאים הלוקים במחלה, באמצעות אבחון טרום לידתי או טרום השרשה.

מגבלות הבדיקה: אני מבין/ה:

- כי הבדיקה/ות המבוצעת/ות נועדה/ו לבדוק רק את המחלות שאני מבקש/ת לבצע, והמצוינות בטופס זה.
- כי לכל בדיקה גנטית ופרשנותה יש אחוז דיוק התלוי בשיטות הנהוגות בביצוע הבדיקה במחלה הנבדקת, במוצא העדתי, ובידע הקיים בעת ביצוע הבדיקה.
- כי מתן פרשנות נכונה לתוצאות הבדיקה תלוי גם בדיווח מלא על מצב בריאותי ובריאות בני משפחתי, ועל דיווח מהימן של הקרבה הביולוגית והמוצא העדתי של הנבדק ובני המשפחה.
- כי לתוצאה חריגה עלולות להיות השלכות לא רק לגבי, אלא גם לגבי בני משפחתי.
- כי בשל מורכבות הבדיקות הגנטיות, ייתכן שיעור מזערי של תוצאות שגויות הן לחיוב והן לשלילה.

ידוע לי כי ייתכנו מצבים נדירים שבהם, בשל בעיות טכניות, לא ניתן יהיה להגיע לתוצאות חד משמעיות של הבדיקה הגנטית ו/או שיהיה צורך לחזור על הבדיקה. כמו כן, ידוע לי, כי דגימות DNA הנשמרות לאורך זמן מאבדות מאיכות וייתכן שלא ניתן יהיה לעשות בהן שימוש.

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

ידוע לי, כי ניתן יהא לעשות שימוש אנונימי (באופן שאינו מאפשר חזרה אלי) בדגימה הגנטית לצורכי מחקר גנטי שנערך כדין.

ניתנת בזאת הסכמתי לכך שהשימוש בדגימה לצורכי מחקר יהיה מזוהה. (יש לסמן אם מוסכם).

מסירת תוצאות בדיקה גנטית: אני מאשר/ת כי בכפוף לאמור בטופס זה תוצאות הבדיקה הגנטית יימסרו לידי או למי שאורה:

שם: _____ כתובת: _____ טלפון: _____ פקס: _____
 אני מתיר/ה לכללית למסור לי תשובות של בדיקות גנטיות, באמצעות מענה טלפוני אוטומטי, בדרך של וידוא זיהוי, על ידי מספר ת"ז + קוד אישי.



סודיות רפואית: ברור 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 במקרה שאסכים בכתב למסירת המידע הגנטי לאחרים, קיימת אפשרות שהמידע הגנטי יגיע לידי צדדים שלישיים ואני מוותר על כל טענה בנדון.

לאור האמור לעיל, ולאחר שקראתי והבנתי את כל האמור לעיל, הנני מסכים/ה מרצוני החופשי, כי תילקח ממני דגימת DNA / תיערך בי בדיקה גנטית כמפורט לעיל לצורך זיהוי מחלות בעובר.

חתימת הנבדק/ת

שעה

תאריך

בברכת החלמה מהירה,

צוות מרכז שניידר לרפואת ילדים

משפחה יקרה,

מידע זה מוגש לכם כחלק ממתן השירות והטיפול המיטביים לילדכם. צוות בית החולים רואה במטופלים ובבני משפחותיהם שותפים מלאים בתהליך הטיפול וההחלמה, בזמן שהותכם ולאחריה. בכל שאלה, אל תהססו לפנות לצוות הרפואי. אנו כאן בשבילכם!

