



## טופס פרטים אישיים – בירור אונקוגנטי

מטופל/ת יקר/ה!

לפניך טופס פרטים אישיים לקראת בירור גנטי בשל היסטוריה אישית ו/או משפחתית של סרטן.  
נא למלא את הפרטים בכתב ברור ככל האפשר ובצורה מפורטת.

### פרטי מטופל/ת:

שם פרטי ומשפחה: \_\_\_\_\_ מספר ת.ז.: \_\_\_\_\_  
תאריך לידה: \_\_\_\_\_ מין:  נקבה  זכר  
מספר טלפון: \_\_\_\_\_ - 05 \_\_\_\_\_ קופת חולים: \_\_\_\_\_  
רופא מטפל: \_\_\_\_\_ כתובת המרפאה: \_\_\_\_\_  
כתובת למשלוח דואר: \_\_\_\_\_  
כתובת אי-מייל: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

מוצא סבתא מצד אם: \_\_\_\_\_ מוצא סב מצד אם: \_\_\_\_\_  
מוצא סבתא מצד אב: \_\_\_\_\_ מוצא סב מצד אב: \_\_\_\_\_  
נא לבחור מרשימת המוצאים: אשכנזי / מרוקו / לוב (טריפולי) / תוניס / אלג'יר / בלקן (בולגריה, יוון, טורקיה, איטליה) / עירק /  
כורדיסטן / גאורגיה / תימן / פרס / קווקז / בוכרה / הודו / אתיופיה / סוריה / לבנון / מצרים / ערבי נוצרי / ערבי מוסלמי / ערבי  
בדואי / דרוזי / רוסי לא-יהודי / כפר (פרטי) / אחר (פרט) \_\_\_\_\_  
(כפר/ ישוב מוצא): \_\_\_\_\_  
קרבת דם בין ההורים:  לא  כן אם כן, פרטי: \_\_\_\_\_

איש קשר נוסף להתנהלות מול המכון הגנטי כולל למסירת תוצאות של בדיקות גנטיות במידה ויבוצעו (לשיקול דעתך):

(אין חובה למלא סעיף זה) מספר טלפון: \_\_\_\_\_ - 05 \_\_\_\_\_

שם פרטי ומשפחה: \_\_\_\_\_ הקרבה למטופל/ת: \_\_\_\_\_

### פרטי הגורם המפנה:

שם פרטי ומשפחה: \_\_\_\_\_ בי"ח/מרפאה: \_\_\_\_\_



## היסטוריה רפואית אישית

סיפור אישי של סרטן/פוליפוזיס:  אין (נא להמשיך לעמוד הבא)  יש (נא לבחור את הסוג המתאים)

סוג סרטן (נא לציין גם את גיל האבחנה):

- שד  שחלה  רחם  צואר הרחם  העריון
- לבלב  מעי גס  קיבה  כבד  כליות/זרבי שתן
- ערמונית  התריס  ריאות  מלנומה  מוח
- אחר (פרט/י) \_\_\_\_\_

### סרטן ערמונית

ציון גליסון Gleason \_\_\_\_\_  
 גרורתי מתקדם

### סרטן שחלה/ חצוצרה/ פריטונאום

סוג היסטולוגי של הגידול  
\_\_\_\_\_

### סרטן שד

חד-צדדי  דו-צדדי  
 triple negative  אחר

להלן מספר שאלות נוספות בהקשר לסוגי סרטן ספציפיים (במידה ולא ידועים לך הפרטים ניתן להיעזר ברופא המטפל)

פוליפים במעי/ קיבה – נא לציין את מספר הפוליפים שאובחנו במהלך השנים: \_\_\_\_\_

בירור גנטי שבוצע בעבר (במידה ולא ידועים לך הפרטים המדויקים, ניתן להיעזר ברופא המטפל):

תוצאה תקינה/ חריגה (נא פרט)	שנה/ תאריך	בירור גנטי
		סקר לנשים ממוצא אשכנזי
		פאנל מוטציות שכיחות
		בדיקת ריצוף הגנים BRCA1/2
		בדיקת פאנל ריצוף
		בירור גנטי ברקמת הגידול
		בדיקת MSI בגידול
		בדיקת IHC בגידול
		אחר

\* נא לצרף תוצאות של בדיקות גנטיות לטופס זה

ייעוץ גנטי בעבר:  לא  כן (אנא פרט מתי ובאיזה מכון) \_\_\_\_\_



## היסטוריה רפואית משפחתית

סיפור משפחתי של סרטן:  אין  יש (נא למלא את הטבלה)

קרבה	צד (אם/אב)	סוג הסרטן	בירור גנטי	גיל אבחנה	גיל כיום	גיל פטירה

הערות:

---

---

---

---

### פרטים נוספים

- אני מאשר/ת כי **צפיתי בסרטון הסבר** בתאריך \_\_\_\_\_ וכי הבנתי את מהות הבדיקה ואת תכליתה.
- הנני מאשר/ת כי כל הפרטים שמילאתי הינם מדויקים ומעודכנים לפי המידע שברשותי כיום. הנני מודעת/ת שבכל עדכון נוסף מעבר לאמור לעיל עליי ליידע את צוות המכון הגנטי.
- במידה **ואינך** מסכימ/ה לקבל סיכומי ייעוץ ותוצאות בדיקות למייל שצוין בראש המסמך, נא לסמן כאן:
- במידה ובעברך **השתלת מח עצם**, נא לסמן כאן:
- אני מודעת/ת ומאשר/ת כי תוצאות הבדיקה ו/או מכתבי סיכום יועברו אליי וכן לגורם המפנה.

חתימת המטופל/ת: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_