

**בדיקות סקר גנטיות**

תאריך: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	טיי זקס	<input type="checkbox"/>	קנוואן	<input type="checkbox"/>	דיסאטונומיה משפחתית	<input type="checkbox"/>	SMA	<input type="checkbox"/>	ציסטיק פיברוזיס	<input type="checkbox"/>	X שביר
<input type="checkbox"/>	60228 מ.ב.	<input type="checkbox"/>	60232 מ.ב.	<input type="checkbox"/>	60229 מ.ב.	<input type="checkbox"/>	60231 מ.ב.	<input type="checkbox"/>	60044 מ.ב.	<input type="checkbox"/>	60230 מ.ב.
<input type="checkbox"/>	ML4	<input type="checkbox"/>	בלום	<input type="checkbox"/>	ג'וברט 2	<input type="checkbox"/>	פנקוני אנמיה C	<input type="checkbox"/>	נימן פיק A+B	<input type="checkbox"/>	WWS
<input type="checkbox"/>	60103	<input type="checkbox"/>	60184	<input type="checkbox"/>	60021	<input type="checkbox"/>	60171	<input type="checkbox"/>	60110	<input type="checkbox"/>	60272 מ.ב.
<input type="checkbox"/>	PCCA1	<input type="checkbox"/>	MSUD	<input type="checkbox"/>	נמליין	<input type="checkbox"/>	אשר 3A	<input type="checkbox"/>	אשר 1F	<input type="checkbox"/>	אגירת גליקוגן 1a
<input type="checkbox"/>	60022 מ.ב.	<input type="checkbox"/>	60061	<input type="checkbox"/>	60008	<input type="checkbox"/>	60999	<input type="checkbox"/>	60014	<input type="checkbox"/>	60056
<input type="checkbox"/>	MLD	<input type="checkbox"/>	קוסטף	<input type="checkbox"/>	MLC1	<input type="checkbox"/>	פנקוני אנמיה A	<input type="checkbox"/>	אטקסיה טלנגיאקטיזיה	<input type="checkbox"/>	PCCA2
<input type="checkbox"/>	60234 מ.ב.	<input type="checkbox"/>	60233 מ.ב.	<input type="checkbox"/>	92057	<input type="checkbox"/>	60171	<input type="checkbox"/>	60134	<input type="checkbox"/>	60252 מ.ב.
<input type="checkbox"/>	גושה	<input type="checkbox"/>	לבקנות OCA1A	<input type="checkbox"/>	Cockayne	<input type="checkbox"/>	MTHFR	<input type="checkbox"/>	אשר 2A	<input type="checkbox"/>	ICCA
<input type="checkbox"/>	60086 מ.מ.	<input type="checkbox"/>	60255 מ.ב.	<input type="checkbox"/>	60254 מ.ב.	<input type="checkbox"/>	60247 מ.ב.	<input type="checkbox"/>	60246 מ.ב.	<input type="checkbox"/>	60007 מ.ב.
<input type="checkbox"/>	CGD	<input type="checkbox"/>	SLO	<input type="checkbox"/>	SPG49/HSP	<input type="checkbox"/>	CPS1	<input type="checkbox"/>	חרשות TMC1	<input type="checkbox"/>	חרשות קונקסין
<input type="checkbox"/>	60270 מ.ב.	<input type="checkbox"/>	60263 מ.ב.	<input type="checkbox"/>	60262 מ.ב.	<input type="checkbox"/>	60256 מ.ב.	<input type="checkbox"/>	60237 מ.מ.	<input type="checkbox"/>	60190 מ.מ.
<input type="checkbox"/>	הסבר לפני בדיקת זוג בדיקת בן זוג	<input type="checkbox"/>	FD+CF	<input type="checkbox"/>	FD+TS+CF	<input type="checkbox"/>	CF+TS			<input type="checkbox"/>	MC1def
<input type="checkbox"/>	70032 מ.ב.	<input type="checkbox"/>	60047 מ.ב.	<input type="checkbox"/>	60047 מ.ב.	<input type="checkbox"/>	60043 מ.ב.			<input type="checkbox"/>	60271 מ.ב.

**פרטי נבדקת:**

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. / \_\_\_\_\_

תאריך לידה: \_\_\_\_\_ מין: ז / נ קופ"ח: כללית / מכבי / מאוחדת / לאומית / אחר: \_\_\_\_\_

מוצא: יהודי / נוצרי / ערבי-מוסלמי / ערבי-נוצרי / ערבי-בדואי / אחר (פרטי): \_\_\_\_\_

ארצות מוצא האב: \_\_\_\_\_

ארצות מוצא האם: \_\_\_\_\_

סב מצד האב: \_\_\_\_\_ סב מצד האם: \_\_\_\_\_

סבתא מצד האב: \_\_\_\_\_ סבתא מצד האם: \_\_\_\_\_

**פרטי בן/בת הזוג:**

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. / \_\_\_\_\_

תאריך לידה: \_\_\_\_\_ מין: ז / נ קופ"ח: כללית / מכבי / מאוחדת / לאומית / אחר: \_\_\_\_\_

מוצא: יהודי / נוצרי / ערבי-מוסלמי / ערבי-נוצרי / ערבי-בדואי / אחר (פרטי): \_\_\_\_\_

ארצות מוצא האב: \_\_\_\_\_

ארצות מוצא האם: \_\_\_\_\_

סב מצד האב: \_\_\_\_\_ סב מצד האם: \_\_\_\_\_

סבתא מצד האב: \_\_\_\_\_ סבתא מצד האם: \_\_\_\_\_

**כתובת למשלוח תוצאות הבדיקות:**

רחוב מס' בית (מס' דירה) \_\_\_\_\_ ישוב \_\_\_\_\_ ת.ד. \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

טלפון: \_\_\_\_\_ טלפון בן זוג: \_\_\_\_\_ אחר: \_\_\_\_\_

**מצוינות רפואית קרובה לבית**

רפואה קרובה. מרכז רפואי קפול ת.ד. 1 רחובות מיקוד 76100  
טלפון 08-9441384 פקס 08-9441765



האם האישה בהריון? כן / לא אם כן, תאריך וסת אחרונה \_\_\_\_\_ שבוע הריון נוכחי: \_\_\_\_\_  
האם הריון מתרומת זרע? כן / לא האם הריון מתרומת ביצית? כן / לא, מוצא התורם/ת \_\_\_\_\_  
האם בוצעה/תבוצע בדיקת סיסי שליה/מי שפיר? כן / לא אם כן –מקום \_\_\_\_\_ בתאריך \_\_\_\_\_

### רקע משפחתי:

האם יש במשפחת הנבדק/ת או בן/בת הזוג נשאות לאחת מן המחלות הנבדקות בסקר? כן / לא  
האם יש במשפחת הנבדק/ת או בן/בת הזוג מחלות תורשתיות? מומים מולדים? פיגור שכלי? כן / לא  
פרטי (כולל דרגת הקרבה): \_\_\_\_\_

האם בן/בת הזוג נמצא/ה נשאי/ת של אחת מן המחלות הנבדקות בסקר? כן / לא פרטי: \_\_\_\_\_

- (1) הריני מאשר/ת שקראתי והבנתי את דף המידע של בדיקות הסקר הגנטיות של איגוד הגנטיקאים, והובא לידיעתי שבדיקות ה-DNA לאיתור נשאים הינן מורכבות מבחינת טכנית, אורכות מס' שבועות, והן בדיקות סינון בלבד. תוצאות הבדיקות לכשעצמן, אינן ראייה סופית ו/או מוחלטת לאי הופעת מחלה זו או מחלות או בעיות אחרות.
- (2) הריני מבין/ה כי ייתכנו מצבים נדירים בהם, בשל בעיות טכניות, לא ניתן יהיה לקבל תשובה, או שהתוצאות לא תהיינה חד משמעיות או שיהיה צורך לחזור על הבדיקה.
- (3) הריני מבין/ה שהבדיקות המוצעות לביצוע במכון הגנטי בקפולן אינן כוללות, בהכרח, את כל הבדיקות הגנטיות שניתן לבצע כיום בארץ ו/או בחו"ל.
- (4) אישה אשר מבצעת דיקור סיסי שליה/מי שפיר וטרם קיבלה את כל התשובות של הבדיקות הגנטיות, באחריותה ליידע את המכון הגנטי בו מבוצע הדיקור בדבר הצורך בשמירת תאים עובריים, עד לקבלת תוצאות בדיקות הסקר הגנטיות.
- (5) הריני מאשר/ת כי בחירת המחלות הנבדקות, כפי שסומנו לעיל, נבחרו באחריותי, לאחר קבלת הסבר מתאים. אני יודעת/ שאוכל להוסיף בדיקות למחלות נוספות גם בהמשך.
- (6) הריני מאשר/ת כי מדגימת ה-DNA שלי תילקח דגימה מזערית, אשר בה יעשה שימוש אנונימי (בעילום שם) לשם בדיקות אימות (ולידציה) לבדיקות חדשות, מחקר גנטי אשר קיבל אישור כחוק ובאחריותו של מנהל המכון לגנטיקה.
- (7) הבדיקות יבוצעו בהסתמך על המידע שנמסר על ידך בדבר מוצאים ורקע משפחתי של בני הזוג.
- (8) הריני מאשר/ת כי במידה ויתקבל מידע גנטי בעל השלכה לגבי קרובי משפחתי, אני לוקחת על עצמי להעביר להם את כל המידע וליידע אותם בדבר חשיבות הבדיקה.

חתימה: \_\_\_\_\_ חתימת המראיין: \_\_\_\_\_

בקטין/נזקק – פרטי אפוסטרופוס, שם: \_\_\_\_\_ קירבה: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_



**הצהרה למשרד הבריאות (למילוי על ידי הנבדק):**

**הריני מאשר/ת כי אני או בן/בת זוגי:**

נבדקנו בעבר למחלת X-שביר	כן / לא
נבדקנו בעבר למחלת ציסטיק פיברוזיס	כן, בשנת _____ / לא
נבדקנו בעבר למחלת דיסאטונומיה משפחתית	כן / לא
נבדקנו בעבר למחלת קנוואן	כן / לא
נבדקנו בעבר למחלת SMA	כן / לא
נבדקנו בעבר למחלת טאי זקס	כן / לא
נבדקנו בעבר למחלת SLO	כן / לא
נבדקנו בעבר למחלת WWS	כן / לא
נבדקנו בעבר למחלת קוסטף	כן / לא
נבדקנו בעבר למחלת PCCA1	כן / לא
נבדקנו בעבר למחלת PCCA2	כן / לא
נבדקנו בעבר למחלת MLD	כן / לא
נבדקנו בעבר למחלת ICCA	כן / לא
נבדקנו בעבר לתסמונת קוקיין	כן / לא
נבדקנו בעבר למחלת MTHFR	כן / לא
נבדקנו בעבר למחלת SPG49	כן / לא
נבדקנו בעבר למחלת אשר 2A	כן / לא
נבדקנו בעבר למחלת אלבינזם	כן / לא
נבדקנו בעבר למחלת CPS1	כן / לא
נבדקנו בעבר למחלת CGD	כן / לא
נבדקנו בעבר למחלת MC1def	כן / לא

חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

בקטין/נזקק – פרטי אפטרופוס, שם: \_\_\_\_\_ קירבה: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_



לכבוד צוות המכון הגנטי – המרכז הרפואי קפולן

**הסכמה מדעת – לביצוע בדיקה גנטית**

אני הח"מ \_\_\_\_\_ בעל/ת ת.ז. /דרכון מס' \_\_\_\_\_  
(במקרה של דרכון – ציין שם המדינה בה הוצא): \_\_\_\_\_  
שכתובתי היא \_\_\_\_\_  
לאחר שקיבלתי הסברים על אודות זכויותיי לעניין לקיחת דגימות ועריכת בדיקות גנטיות לרבות על פי חוק מידע גנטי התשס"א-2000. כן הנני מצהיר/ה, כי קיבלתי מידע מ: \_\_\_\_\_  
אודות אופן ביצוע הבדיקה/ות הגנטי/יות ומשמעות תוצאותיה/ן לגבי וכן לגבי מי שיש לו קרבת דם אלי בהתאם לסוג הבדיקה/ות, הכל כמסומן בדף ההסבר הרפואי לגבי בדיקות גנטיות המתבצעות במכון גנטי המצ"ב כחלק בלתי נפרד מהסכמה זו, נספח א'.  
כן הנני מצהיר, כי הוסבר לי על קיומן של בדיקות נוספות רלבנטיות נרחבות יותר המתבצעות הארץ ובעולם אשר אינן מתבצעות במכון ואשר עשויות לגלות מחלות ו/או מומים נוספים.

לאור האמור הנני מסכים/ה, כי תילקח ממני דגימה/תיערך בי בדיקה גנטית לצורך זיהוי מחלות/מחלות בעובר

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת הנבדק/ת: \_\_\_\_\_  
בקטין/נזקק – פרטי אפוטרופוס, שם: \_\_\_\_\_ קירבה: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

אני הח"מ - יועץ גנטי/רופא גנטיקאי מאשר/ת בחתימתי

כי לאחר שהנבדק/ת הזדהה/תה בפני באמצעות תז/דרכון ולאחר ש:

1. הסברתי לו/ה את מהות הבדיקה/ות ומשמעותיה/ן
2. הסברתי לו על זכויותיו/ה לפי חוק מידע גנטי התשס"א 2000 בנוסח שאישר מנכ"ל משרד הבריאות
3. מסרתי לו/ה הסבר רפואי כמפורט בנספח א'.
4. חתמ/ה הנבדק/ת בפני על טופס הסכמה מדעת ועל נספחיו מרצונו החופשי

תאריך \_\_\_\_\_ שם מלא \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת \_\_\_\_\_

**מצוינות רפואית קרובה לבית**

רפואה קרובה. מרכז רפואי קפולן ת.ד. 1 רחובות מיקוד 76100  
טלפון 08-9441384 פקס 08-9441765

