

טופס בקשה לבדיקת צ'יפ גנטי בילדים ובמבוגרים

הורים יקרים,

דף זה סוקר בפניכם את בדיקת הצ'יפ הגנטי, הנערכת במכון לגנטיקת ילדים? לאחר הקריאה, נבקשכם לאשר את האמור בחתימתכם.

מטרת הבדיקה

בדיקת הצ'יפ הגנטי נועדה לאתר שינויים כמותיים (עודף או חוסר) בחומר הגנטי, הגורמים לפיגור שכלי או לבעיות גנטיות קשות אחרות.

בבדיקה זו לא ידווחו:

- שינויים הקשורים בנשאות של מחלות אוטוזומליות רצסיביות (מחלות הדורשות ששני בני הזוג יהיו נשאים בכדי לגרום למחלה).
- שינויים המעלים סיכון סטטיסטי למחלות שכיחות בגיל המבוגר (סרטן, מחלות נוירולוגיות וכדומה).
- שינויים הקשורים בסיכון מוגבר לחוסר זרע או למיעוט זרע בגבר.

הבדיקה תבוצע על אחד מסוגי הצ'יפים הבאים

- SNP של חבר Illumina לאבחון טרום/פוסט לידתי.
- Oligo של חברת BlueGnome לאבחון טרום/פוסט לידתי.

קבלת תשובות

תשובה תקינה תישלח בדואר למטופל ולרופא המפנה. תשובה שאינה תקינה תטופל על ידי היועצת הגנטית, שתיצור קשר עם המטופל או הרופא/מכון ששלח את הבדיקה.

הטיפול בדגימה אחרי הבדיקה

מעבדתנו שומרת את הדגימה בצורה מזוהה לצרכים הבאים: אימות הממצא בעתיד, צורכי לימוד וקידום המחקר, וכן שיפור השירות בתחום זה; כל זאת תוך שמירת אי פרסום פרטים מזהים. המטופל יכול לסרב לכך מבלי שהדבר יפגע באיכות הבדיקה שתבוצע או באמינות ומשמעות התוצאות. הנבדק יכול לבטל הסכמה זו בכל שלב בעתיד על ידי טלפון ו/או פקס למכון הגנטי. במקרה שאינך מעוניין, נא סמן כאן: []

ידוע לי כי יש אפשרות שהבדיקה לא תצליח מבחינה טכנית (בדרך כלל עקב כמות ואיכות DNA לא מספקים). בהתקיים מצב זה לא תהיה תשובה אלא אם תינתן דגימה נוספת. על כן, חשוב במקרה של דגימות מי שפיר וסיסי שליה לדאוג לגידול תרביות כגיבוי במעבדה שמבצעת את בדיקת הקריוטיפ. ברור לי, כי במקרה כזה התשלום עבור הבדיקה לא יוחזר.

אני מאשר כי קראתי את דף המידע, קיבלתי ייעוץ מתאים ואני מבקש לעשות את הבדיקה.

על החתום: _____ תאריך: _____

שם וחתימת היועץ הגנטי: _____



מספר

מדבקת ביקור

תאריך _____

בדיקה _____

שם משפחה _____

שם פרטי _____

ת.ז. _____

תאריך לידה (שנה/חודש/יום) _____

כתובת _____

מספר טלפון: _____ טלפון נוסף: _____

שם האב: _____

תאריך לידה (שנה/חודש/יום): _____

מוצא (מצד האם): _____

מוצא (מצד האב): _____

שם האם: _____

תאריך לידה (שנה/חודש/יום): _____

מוצא (מצד האם): _____

מוצא (מצד האב): _____

הדגימה נשלחה ממרכז רפואי _____

סוג הדגימה: דם היקפי/רוק/ביופסיית עור/רקמה.

תאריך לקיחת הדגימה: _____

רופא/יועץ גנטי מפנה: _____

אמצעי תשלום: מימון עצמי/טופס 17. מס' קבלה _____

סיבת ההפניה (יש לצרף ייעוץ גנטי): _____

*נא לדווח בתוצאות הבדיקה על אזורים הומוזיגוטיים (על פי בקשת רופא/יועץ גנטי). הגודל המינימלי המדווח הוא 3Mb. במקרה שנדרש גודל אחר, נא לציין: _____.

**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!

