



הסכמה מדעת

אני מאשר/ת בזאת כי המידע הבא הוסבר לי בנוגע לבדיקה:

1. התוצאות של בדיקה זו עשויות להראות שאני ו/או בני משפחתי לוקים במחלה העוברת בתורשה או שאנחנו נמצאים בסיכון מוגבר להופעת מחלה גנטית. אני מבינה/ה שבדיקה זו עשויה לזהות קשרים ביולוגיים שלא זוהו בעבר, כגון שלילת הורות.
2. אני מודעת/לך שיתכן שתוצאות בדיקה זו לא יהיו חד-משמעיות מבחינת המצב הגנטי שלי. אמנם יש וריאנטים גנטיים שידוע כי הם גורמים למחלות, ויש וריאנטים אחרים שידוע כי הם אינם מזיקים, אבל יש וריאנטים גנטיים שמשמעותם אינה ידועה באופן ודאי. לפי תוצאות הבדיקה, הרופא שלי עשוי להמליץ על ייעוץ גנטי או על בדיקות נוספות לי ו/או לבני משפחתי.
3. אני מבינה/ה שיתכן שסיכום אנונימי של תוצאות הבדיקה יוצג, למשל, בישיבות, בפרסומים מדעיים ו/או במסדי נתונים של וריאנטים של די.אן.איי כדי לשפר את ההבנה, האבחון והטיפול במקרים קליניים דומים. לעולם לא יוצג מידע מזהה.
4. אם בחרתי באפשרות של חיוב חברת הביטוח של המטופל/ת, אני מרשה לקופת החולים או לחברת הביטוח שלי להעביר את תשלומי הביטוח ישירות ל-Blueprint Genetics. אני מרשה ל-Blueprint Genetics למסור מידע הקשור לבדיקות שלי לחברת הביטוח שלי. אני מבינה/ה שאני נושאת באחריות המשפטית לשלוח ל-Blueprint Genetics כל סכום כסף שיתקבל מחברת הביטוח שלי לצורך ביצוע בדיקה גנטית זו. אם הביטוח שלי אינה מכסה שירותים אלה או רק חלק מהסכום, אני אחראית/לעלויות הנותרות של בדיקה זו.
5. אני מודעת/לך שאי-הסכמה לסעיף כלשהו מבין מהסעיפים הבאים לא תשפיע בשום צורה על המשך הטיפול שלי. אם אף תיבה לא תסומן בסעיף זה, ההנחה תהיה שלא ניתנה הסכמה.

6. **הסכמה נפרדת לאחסון דגימות אצל Blueprint Genetics למשך 3 שנים למטרות בדיקה של בני משפחה.** סימון התיבה הרלוונטית להלן מצייין את הסכמתי לאחסון למשך 3 שנים של דגימת הדי.אן.איי במעבדה הדיאגנוסטית של Blueprint Genetics למטרות בדיקה של בני משפחה. ללא הרשאה זו, הדגימה תאוחסן למשך כ-12 חודשים ותושלך לאחר מכן, אלא אם כן החוק החל ידרוש השלכה מוקדמת יותר.

אני מסכימה/ה לאחסון הדגימה למשך 3 שנים לצורך בדיקות של בני משפחה.

7. **הסכמה נפרדת לשימוש מחקרי ולאחסון לטווח ארוך.** סימון התיבה הרלוונטית להלן מצייין את הסכמתי לאחסון לטווח ארוך של דגימת הדי.אן.איי במעבדה הדיאגנוסטית של Blueprint Genetics (ללא הסכמה נפרדת לאחסון לטווח ארוך, דגימות די.אן.איי מאוחסנות בדרך כלל למשך כ-12 חודשים) לשימוש בדגימת הדי.אן.איי לצורכי מחקר של מחלות מנדליות העוברות בתורשה, וכדי לשפר את האבחון של המחלות הללו והטיפול בהן. נתוני המחקר הקשורים אליי ייחשבו למידע סודי ויוצפנו באופן שימנע את גילוי זהותי ללא המפתח הנמצא בידי רופא המחקר של Blueprint Genetics. במקרה הצורך, ייתכן שנתוני מחקר מוצפנים אלה יעובדו בתוך גבולות האיחוד האירופי או מחוצה לו, ויופצו לשימוש של קבוצת מחקר אחרת או חברה אחרת המשתתפת במחקר. אני נותנת/ת בזאת את הסכמתי לשימוש בנתוני המחקר שצוינו לעיל לצורך המטרות המתוארות בטופס הסכמה זה. הנתונים יישמרו למשך 50 שנה.

אני מבינה/ה שהסכמתי לשימוש המחקרי בדגימה שנלקחה למטרות אבחון ניתנת מרצוני החופשי, וכי אני רשאית/ל בטל הסכמה זו ולהפסיק את השתתפותי בכל שלב לפני השלמת המחקר. אני מודעת/לך שהנתונים שייאספו עד לתאריך ביטול ההסכמה ישמשו כחלק מחומרי המחקר.

אני נותנת/ת את הסכמתי לשימוש המחקרי ולאחסון לטווח ארוך של הדגימה, כפי שצויין בסעיף 7 לעיל.

מידע נוסף על האופן שבו אנחנו מעבדים נתונים אישיים: <https://blueprintgenetics.com/privacy/>

אני נותנת/ת הרשאה ל-Blueprint Genetics לפנות אליי בעתיד לגבי מחקר גנטי נוסף ו/או שירותים גנטיים אחרים הרלוונטיים לי. אני יכול/ה לבטל את ההסכמה ליצירת הקשר הזו בכל שלב.

To be filled with Latin script alphabet

חתימת המטופל/ת

<p>החתימה על טופס זה מציינת שאני מאשר/ת שקראתי את ההסכמה מדעת ואני מבינה/ה את תוכנה. הייתה לי הזדמנות לשאול שאלות לגבי טופס זה והשאלות שלי נענו.</p>	
<p>שם המטופל/ת (באותיות דפוס):</p>	<p>תאריך הלידה של המטופל/ת (YYYY-MM-DD):</p>
<p>חתימת המטופל/ת:</p>	<p>תאריך (YYYY-MM-DD):</p>
<p>שם וקשר של הנציג המשפטי, אם המטופל/ת קטינה/ה (באותיות דפוס):</p>	<p>חתימה של הנציג המשפטי, אם המטופל/ת קטינה/ה:</p>