

טופס בקשה לאישור בדיקת MammaPrint

1. פרטי הרופא מבקש:

שם מלא: _____
 מספר רשיון: _____
 טלפון נייד: _____
 Email: _____
 בית חולים: _____ מחלקה: _____
 טלפון במחלקה: _____
 פקס: _____
 חתימת רופא מבקש וחותמת: _____



**TAROM
 APPLIED TECHNOLOGIES
 LTD.**

2. פרטי המטופל/ת:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת.ז: _____
 שם מלא בלועזית: _____ תאריך לידה: _____ מין: ז נ קופ"ח: _____

3. מאפייני הגידול:

קוטר הגידול: _____ מעורבות בלוטות לימפה אקסילריות: לא כן, מספר _____
 HER-2: _____ PR: _____ ER: _____
 *יש לצרף תשובה פתולוגית מלאה מביופסיות ומניתוח, כולל רצפטורים ו- HER-2 שם המעבדה הפתולוגית: _____

4. Gene Expression Tests

- SYMPHONY[®] - Personalized Breast Cancer Genomic Profile:
 • MammaPrint[®] • Blueprint[™]

5. הטיפול המוצע לחולה:

מהו הטיפול המוצע למטופלת **ללא** נתונים מבדיקת MammaPrint?
 מהו הטיפול שיוצע למטופלת באם תתקבל תוצאה מבדיקת MammaPrint של:

UltraLow risk: _____ Low risk: _____ High risk: _____

6. אישור הקופה המבטחת:

הבדיקה מאושרת: כן לא, נימוק: _____

חותמת וחתימה

תאריך

לאחר אישור הבדיקה נא לפקס את הטופס ובנוסף את הדו"ח הפתולוגי

לחברת תרום יישום טכנולוגיות לפקס מס': 03-9214146 טל': 03-9250215, נייד: 054-9232279

או לשלוח למייל ל zivi@tarom.co.il 052-6710990

כתב ויתור על סודיות רפואית

לכבוד: חברת תרום יישום טכנולוגיות

אני החתומה מטה, מס' ת"ז: _____ נותנת בזה רשות למוסד הרפואי, ו/או לעובדיכם, ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור לחברת תרום יישום טכנולוגיות בע"מ, ו/או לחברת אג'נדיה (Agendia) ולמי מעובדיהן ו/או למי שפועל מטעמן (להלן: "המבקש") ובקשר עם בדיקת "ממפרינט" (להלן: "הבדיקה"), את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, על מצב בריאותי ו/או כל מחלה שחליתי בה בעבר, או שאני חולה בה כעת, לרבות לקיחת ביופסיות שנלקחו ממני בעבר, ו/או לקבלת מידע אודות כל ניתוח ו/או פרוצדורה רפואית הקשורים או עשויים להיות קשורים בבדיקה ולמסירת כל מידע אחר שיתבקש או יידרש על ידי המבקש בקשר עם הבדיקה (להלן ביחד: "המידע הרפואי"). מבלי לגרוע מהאמור לעיל, אני מסכים כי המבקש ימסור למוסד הרפואי ו/או למי מטעמו מידע רפואי אשר יתקבל בקשר עם הבדיקה, והמוסד הרפואי ו/או מי מטעמו רשאי לעשות שימוש במידע הרפואי, בהתאם לצורך.

בנוסף, אני מסכימה כי המידע הרפואי הנוגע אליי יועבר לחברות שפועלות מחוץ לישראל, בין היתר חברת אג'נדיה ו/או חברת תרום יישום טכנולוגיות ומי שפועל מטעמן ו/או עבורן, ובלבד כי עיבוד המידע הרפואי מחוץ לישראל יתבצע בקשר לבדיקה.

לשם כך הנני משחררת אתכם ו/או את עובדיכם ו/או את כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למידע הרפואי הנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש בלבד, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר בקשר להעברת המידע הרפואי הנ"ל למבקש, ולעשיית שימוש במידע האמור ובלבד שהשימוש ייעשה בקשר עם הבדיקה.

תוצאות הבדיקה תישלחנה ישירות לרופא המטפל. לאחר שקבלת הסבר מהרופא, נוכל לשלוח את התוצאות גם אליך.

אני מודעת לכך שיתכן וישלח לחברת אג'נדיה בלוק פרפין שלם ו/או שלא יישאר חומר אבחנתי מהבדיקה לצורך ביצוע בדיקות נוספות בעתיד.

כתב ויתור סודיות זה הינו ללא הגבלת תוקף.

א. פרטי המטופלת (במקרה של קטין או חסוי יחתום על המסמך האפטרופוס החוקי):

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת"ז: _____

שם מלא בלועזית: _____

כתובת: _____ טלפון: _____

תאריך: _____ חתימה: _____

ב. פרטי העד לחתימה:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

ת"ז: _____ תאריך: _____

מקום חתימה: _____ חתימה: _____