**טופס הזמנה : Prosigna™ Breast Cancer Gene Signature Assay**

תאריך בקשה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**לכבוד מעבדת LEM**

**כתובת דוא"ל להזמנת הבדיקה: prosigna@lem-lab.com מספר פקס להזמנה: 08-6519372**

**בדיקת Prosigna™ Breast Cancer Gene Signature Assay מיועדת לנשים עם סרטן השד, שעברו ניתוח כריתה מלאה או משמרת של השד** **עם רצפטורים חיוביים להורמונים (ER או PR או שניהם).**

**פרטי המטופלת:**

שם פרטי:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם משפחה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז./ דרכון:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

טלפון:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_כתובת פרטית:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**פרטי הרופא המפנה:**

שם פרטי:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם משפחה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' רישיון:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

טלפון:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_כתובת מרכז רפואי/בית חולים \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

פקס\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ דוא"ל:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**משלוח תשובה:**

את התשובה יש לשלוח אל: הרופא המזמין, אחר (יש לציין פרטי יעד)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**משלוח חשבונית:**

**כתובת למשלוח חשבונית:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**נתונים קליניים למילוי ע"י הרופא המזמין:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **חובה למלא את כל השדות הבאים:** | | | | | |
| **מצב : קשרי לימפה:**  ☐ אין  ☐ 1-3 בלוטות נגועות.  ☐ יותר מ-4 בלוטות נגועות. | **מידות הגידול:**  ☐ קטן או שווה ל- 2ס"מ.  ☐ גדול מ-2 ס"מ. | **קולטן אסטרוגן:**  ☐ חיובי  ☐ שלילי | **קולטן פרוגסטרון:**  ☐ חיובי  ☐ שלילי | **Her-2:**  🞎 חיובי  🞎 שלילי | **לאחר הפסקת מחזור הוסת:**  🞎 כן  🞎 לא |

תאריך ניתוח:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_הערות/ תצפיות:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**הריני מצהיר/ה בזה כי למיטב ידיעתי הפרטים הנ"ל מלאים ונכונים**. **חתימה וחותמת הרופא:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**חובה לצרף: (1) תשובת דו"ח פתולוגי מלא מביופסיות ומניתוח, כולל רצפטורים ו- HER-2 .**

**(2) טופס ויתור על סודיות רפואי.**

***\*לא ניתן לטפל בהזמנה ללא צירוף המסמכים הנ"ל.***

**טלפונים לבירורים: 052-2584834 ציון, 08-9380770 שלוחה 153 – דר' שלי קורובקוב, או שלוחה 2 למזכירות.**

**לכבוד\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

טופס הסכמה לביצוע בדיקת **Prosigna™ Breast Cancer Gene Signature Assay**

בדיקת Prosigna® הינה בדיקה אשר משתמשת בפרופיל ביטוי הגנים של תאים שנמצאו ברקמת סרטן שד כדי להעריך את הסיכון להישנות מרוחקת של המחלה אצל המטופלת. לפיכך בדיקה זו מסיעת לאונקולוג בתכנון הטיפול.

הבדיקה מבוצע על ידי שימוש ברקמת סרטן שד שקובעה בפורמלין ונשמרה בתוך פרפין אשר אובחנה קודם לכן כרקמה נגועה בסרטן שד פולשני.

על מנת לבצע את הבדיקה לוקחים מהמכון הפתולוגי את בלוק הפרפין המכיל את הגידול שהוצא בניתוח ומעבירים אותו אל מעבדת L.E.M (המעבדה המבצעת). במעבדה זו עוברת הרקמה בדיקה פתולוגית ולאחר מכן ממצים ממנה RNA. איכות ה RNA נבדקת וכאשר נמצאת מתאימה מבוצעת הערכת ביטוי הגנים.

הוסבר לי שיתכן וכמות התאים הממאירים ברקמת הגידול לא תספיק לביצוע הבדיקה ו/או שאיכות ה RNA תהיה בלתי מספקת ו/או שתחול תקלה בלתי נשלטת שבגללה לא תבוצע הבדיקה. במצב זה הנני מתחייבת לשלם עבור הוצאות התפעול והמשלוח סכום של 300 ₪.

ידוע לי שיתכן ולא יישאר יותר חומר בגמר הבדיקה. לא תהיה כל תביעה משפטית כנגד המכון הפתולוגי ו/או כנגד L.E.M" מעבדה לגילוי מוקדם בע"מ" בעקבות כך.

התוצאות של הבדיקה ימסרו במישרין לאונקולוג המטפל. האונקולוג הוא הגורם היחיד המחליט על מסלול הטיפול המתאים לי ביותר וזאת בהתאם לכלל המידע הקליני והדיאגנוסטי העומד לרשותו.

**ויתור על סודיות רפואית**

1. **פרטי המבקש**

שם משפחה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם פרטי:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_מספר זהות/ דרכון:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מען פרטי: רחוב:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_מס' בית:\_\_\_\_\_ישוב:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_שם מלא לועזית:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

אני החתום מטה נותן בזה רשות למרכזכם ו/או עובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם למסור **ל L.E.M. מעבדה לגילוי מוקדם בע"מ**, להלן: "המבקש", את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, בצורה שתידרש על ידי המבקש, ו/או על מצב בריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בה בעבר, ו/או שאני חולה בה כעת, ו/או שאחלה בה בעתיד ו/או פרטים על **ביופסיה.** ואני משחרר אתכם או עובדכם ו/או כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי ו/או מחלתי כנ"ל ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל.

כתב סודיות זה יעמוד בתוקפו עד לתאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מקום חתימה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_חתימה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **פרטי העד לחתימה**

שם משפחה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם פרטי:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_מספר זהות\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מען פרטי: רחוב:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_מס' בית:\_\_\_\_\_\_ישוב:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_חתימה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**נא להשלים הפרטים הדרושים לחתום ולהחזיר אל פקס מס' 08-6519372**