



**המעבדה הארצית לאפיון נוגדנים וזיהוי קבוצות דם נדירות  
מעבדה מולקולרית, מרכז שרותי הדם, מד"א**

**טופס הסכמה מדעת למתן דוגמת DNA**

אני החתום/ה מטה:

שם פרטי ומשפחה: \_\_\_\_\_ מספר תעודת זהות: \_\_\_\_\_

כתובת ומיקוד: \_\_\_\_\_

מספר טלפון: \_\_\_\_\_

מצהיר/ה בזה כי ידוע לי שנלקחת ממני בדיקת דם לאיסוף, אחסון ובדיקת DNA כמפורט במסמך זה.

**סעיף 1: הליך מתן הדגימה**

מטרת טופס ההסכמה היא לשאול האם אני מסכים/ה לתת דגימת דם עבור בדיקה גנטית לבירור סוג דם (קביעת גנוטיפ). הבדיקות שייערכו בדגימה שלי הן למטרה קלינית ולפיכך אקבל את התוצאות שהתקבלו על הדגימה שלי.

ידוע לי כי במספר קטן של מקרים הגנוטיפ אינו משקף את הפנוטיפ (סוג הדם שנקבע בבדיקה סרולוגית) והחלטות קליניות צריכות להתקבל תוך התחשבות בהסתייגות זו.

הוסבר לי כי יתכן והצוות הרפואי ישאל אותי על מצבי הרפואי, על טיפולים רפואיים, על ההיסטוריה הרפואית שלי ו/או של משפחתי, ועל המוצא המשפחתי שלי. מידע זה הינו מידע רפואי אישי, ועל הצוות המטפל מוטלת החובה לשמור על סודיותו.

**סעיף 2: שמירת הדגימות**

א. הוסבר לי כי דגימת ה-DNA שנלקחה ממני תאוחסן במעבדה המולקולרית, במרכז שרותי הדם, מד"א.

ב. הדגימות לאבחון יישמרו למשך 12 חודשים לאחר קבלת תוצאות ובהתאם לחוק ולתקנות של משרד הבריאות.

ג. דגימת הדם שלי או הדגימה הגנטית שהוכנה מהדגימה שנתתי מדמי יאוחסנו בחדר מוגן עם גישה מוגבלת. אך ורק עובדי המעבדה/חוקרים או אנשים מורשים, העובדים במעבדה עם החוקרים יוכלו לעבוד עם הדגימה שנלקחה ממני.

### סעיף 3: שימוש בדגימה לצרכי מחקר

היות שיתכן כי בעתיד ירצו המטפלים שלי כחוקרים להשתמש בדגימות ה-DNA שלי למטרות נוספות, יהא עליהם לקבל את הסכמתי לשימושים אפשריים נוספים לדגימה בעתיד, ולאחר שהוסבר לי כאמור:

#### 3.1 אני בוחר/ת באחת משלוש האפשרויות הבאות:

- א. אני מסכים/ה שדגימת ה-DNA שלי תשמש לכל ניסוי בעתיד, שקיבל אישור כחוק.  
חתימה: \_\_\_\_\_
- ב. אני מסכים/ה שדגימת ה-DNA שלי תשמש לכל ניסוי בעתיד בנושא סוגי דם, שקיבל אישור כחוק.  
חתימה: \_\_\_\_\_
- ג. אני מסכים/ה שדגימת ה-DNA שלי תשמש רק לניסוי הנוכחי שאושר כחוק בנושא:  
\_\_\_\_\_  
חתימה: \_\_\_\_\_

- 3.2 אני מסכים/ה שדגימת ה-DNA שלי תישמר כדגימת DNA מזוהה ותוצאות הבדיקה ישמרו כבדיקה גנטית מזוהה.  
חתימה: \_\_\_\_\_

- 3.3 דגימות למחקר ישמרו כמפורט בסעיף 2 ולפחות 12 חודשים ממועד פירסום התוצאות.

הנני מצהיר/ה כי את הסכמתי הנ"ל נתתי מרצוני החופשי לאחר שהוסבר לי והבנתי את כל האמור לעיל.

שם: \_\_\_\_\_ מס' ת.ז.: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

הסבר על הבדיקה ניתן ע"י:

\_\_\_\_\_ מס' תעודת זהות

\_\_\_\_\_ שם נותן ההסבר על הבדיקה

\_\_\_\_\_ חתימה

\_\_\_\_\_ תאריך