

תאריך:

הפניה לבדיקת פאנל סרטן GENWISE

שם הנבדק/ת: _____ ת.ז: _____

תאריך לידה: _____ טלפון נייד: _____

רקע רפואי – היסטוריה אישית של המטופל/ת:

מוצא (עדתי): _____ פוליפים במעי: _____

סוג סרטן: _____ גיל הופעת המחלה: _____

הנבדק/ת עברה/ה השתלת מוח עצם או עירווי דם ב- 3 חודשים שלפני ביצוע הבדיקה

רקע רפואי – היסטוריה משפחתית של המטופל/ת:

גיל גילוי המחלה	סוג סרטן	מוצא (עדתי)	קרבה משפחתית (צד אמהי/אבהי)

בדו"ח התשובה ידווחו שינויים (מוטציות) פתוגניים או החשודים כפתוגניים. כמו כן, ידווחו שינויים שמשמעותם הקלינית אינה ברורה (VUS) אלא אם הרופא מציין אחרת להלן: אני מבקש/ת שלא לקבל עבור הנבדק/ת דיווח אודות שינויים שמשמעותם הקלינית אינה ברורה (VUS)

בדו"ח התשובה לא יצוינו שינויים פולימורפיים שאין להם משמעות קלינית. ניתן לקבל את המידע על פי דרישה: אני מבקש/ת לקבל עבור הנבדק דיווח אודות שינויים פולימורפיים

הערות/בקשות נוספות: _____

הנבדק/ת מופנה/ית לביצוע בדיקת GENWISE (בדיקה גנטית לזיהוי מוטציות להערכת סיכון לחלות בסרטן) בחברת פרונטו דיאגנוסטיקה

פרטי התקשרות עם הרופא המפנה לצורך מתן התשובה:

שם הרופא _____ טלפון נייד _____

טלפון _____ פקס _____

דואר אלקטרוני _____

חתימה _____