



UMassMemorial

Laboratories

نموذج طلب وموافقة على عمل تشخيصات جزيئية

مركز يوماس ميموريال الطبي

One Biotech, 365 Plantation St., Worcester, MA
01605

خدمة العملاء: ٨٠٠-٤٧٦-٤٤٣١

علامة الباركود

معلومات عن المريض

تاريخ جمع العينة: _____ / _____ / _____	الاسم الأخير للمريض	الاسم الأول	رقم الهوية الطبية	تاريخ الميلاد	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
زمن جمع العينة: _____ ص / م	العنوان	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	القسم الاجتماعي
				الهاتف	

إنه بموجب توقيع المدرج أدناه، فإنني أخول المعامل الصحية بمركز يوماس ميموريال الطبي، أو المعامل التي يحولوني إليها، بعمل الاختبار (الاختبارات) الوراثية الموضحة:

العينة: _____ تاريخ جمع العينة: _____

الاختبار (الاختبارات): _____

أدرك ما يلي:

١. أن هذا الاختبار تطوعي ويحق لي أن أرفض خضوعي للاختبار.
٢. أنه يجب أن أقدم موافقة كتابية قبل عمل الاختبار التشخيصي بغرض تحديد الجينات أو معرفة التشوهات الجينية الموروثة أو المكتسبة أو وجود صفات موروثة أو مكتسبة أو عدم وجودها في المادة الوراثية (الحمض النووي الديوكسي ريبوزي DNA أو الحمض النووي الريبوزي RAN أو البروتينات).
٣. أنني قد تلقيت شرحاً لكل اختبار، بما في ذلك وصف المرض أو الحالة الطبية التي تتطلب عمل ذلك الاختبار.
٤. أنني قد ناقشت مع طبيبي المعالج استعمالات وقيود كل اختبار مطلوب (مثل ما معنى النتائج السلبية أو الإيجابية للاختبار؟)
٥. أنه قد يمكن حدوث نتيجة إيجابية أو سلبية زائفة، وقد يلزم عمل اختبار إضافي لتأكيد أو تنقيح تفسير نتائج الاختبار.
٦. أنه قد يحدث خطأ بالتشخيص في الدراسات الجينية العائلية إذا لم تكن العلاقات الأسرية الحقيقية معروفة أو لم تكن مذكورة. قد تتسبب الاختبارات الجينية في نفي الأبوة وقد يلزم أخذ عينة أخرى و/أو رفع تقرير بهذه النتيجة للطبيب الذي طلبها.
٧. أن الاستشارات الجينية مهمة ومتاحة لي. وأدرك أن الاستشارات الجينية متاحة لي عبر الخدمات الجينية في مركز يوماس ميموريال الطبي (٣٩٤٩-٨٥٦-٥٠٨) أو:
٨. أنه قد يتم إرسال العينة الخاصة بي، بمعرفة المعامل الصحية بمركز يوماس ميموريال الطبي، إلى معمل معتمد لعمل الاختبار إذا لم يكن بإمكان معامل مركز يوماس ميموريال الطبي عمل الاختبار المطلوب.
٩. أنه سيتم إدخال ملف الاختبار الذي تم عمله، بما في ذلك النتائج، في ملف المستشفى الخاص بي، بما في ذلك الملف الطبي الإلكتروني الخاص بالمستشفى. وأن هذه النتائج سرية. وأدرك أن موظفي مركز يوماس ميموريال الطبي يمكنهم الاطلاع على هذه النتائج، وأن تلك النتائج سيتم رفعها إلى طبيبي المعالج وفقاً لسياسة مركز يوماس ميموريال الطبي. وأن مصاريف هذه الاختبارات، بالإشارة إلى الاختبارات التي تم عملها، سيتم تقديمها إلى جهة التأمين الصحي التي أتبعها.
١٠. أنه قد أتحت لي الفرصة لأن أطلع أسنلتني حول الاختبارات المطلوبة وعرفت كيفية حصولي على نتائج الاختبار.
١١. أنه بعد انتهاء الاختبار، فإن جزءاً من العينة الخاصة بي قد تصبح غير معرفة ومن ثم يتم استخدامها للتحقق من الاختبار أو للأغراض البحثية. وبمجرد أن تصبح العينة غير معرفة، فلن يمكن تعريف مصدرها الأصلي.

التاريخ

الاسم مطبوعاً

توقيع المريض/الممثل القانوني

التاريخ

الاسم مطبوعاً

توقيع الشاهد