

טופס מותאם למילוי במחשב



3. שולחים

שלחו את הטופס בדואר אלקטרוני או בפקס בהתאם להנחיות המפורטות מטה.



2. ממלאים

מלאו את הטופס.
אם יש צורך בחתימה, מלאו את שמכם וסמנו ☒ בתיבת הסימון לצד שמכם.

אל תשכחו לשמור (Save).

בטפסים בהם נדרשת חתימה ידנית לא ניתן לחתום דרך המחשב. הדפיסו את המסמך וחתמו עליו בעט.



1. שומרים

הורידו את הקובץ ושמרו אותו על המחשב באמצעות כפתור Download

הקובץ לא נפתח?



יש לפתוח את הקובץ באמצעות הגרסה העדכנית של תוכנת אדובי רידר (Adobe Reader). אם התוכנה אינה מותקנת על המחשב שלך, ניתן להוריד אותה בחינם מאתר Adobe

אם התוכנה מתריעה שיש להוריד חבילת גופנים (Fonts), יש לאשר ולהתקין אותה לפי ההוראות. לא הצלחת? למידע נוסף על פתיחת קבצי PDF והתקנת תוכנת אדובי רידר

לתשומת לבך!



מידע נשלח באמצעות דואר אלקטרוני עלול להיחשף בפני גורמים לא רצויים ברשת האינטרנט. משלוח מידע למכבי שירותי בריאות באמצעות דואר אלקטרוני, פוטר את מכבי שירותי בריאות מאחריות לדליפת מידע לגורמים לא רצויים ברשת האינטרנט, וזאת בטרם הגיע המידע אל מכבי שירותי בריאות.

- כחלק משיפור השירות, אנו מאפשרים לנבדקים שאינם בקבוצת סיכון גבוה, לבצע בדיקת גנטיות לנשאות של סרטן מבלי להגיע לפגישת ייעוץ גנטי ובכך לזרז את התורים לפגישות ייעוץ לנבדקים שימצאו שייכים לקבוצת סיכון גבוה.
- הערכה לאיזו קבוצה אתה משתייך תתבצע על ידי צוות גנטיקאים של מכבי, שיבחנו את התשובות לשאלון אותו את/ה מתבקש/ת למלא.
- המידע שתמלא/י בשאלון יאפשר לנו להעריך את מידת הסיכון שלך ושל בני משפחתך לנטייה גנטית לסרטן משפחתי, ולגבש המלצות מותאמות לך בהתאם לסיפור האישי והמשפחתי.
- קרא/י את המידע שלהלן וחתום/מי שהבנת את מגבלותיו
 - יש לצרף את תוצאות הבדיקות הגנטיות הקודמות שבוצעו לך או במשפחה (במידה שבוצעו בדיקות)
 - לא נדרשת הפנייה לפני משלוח שאלון זה. עם זאת, במקרה של סיפור משפחתי של מחלה ממאירה (סרטן) ולא הופנית לבירור גנטי זה ע"י רופא מכבי כלשהו, מומלץ ליידע את רופא המשפחה על פנייתך ובמידת הצורך לקבל ממנו ייעוץ והכוונה נוספים.

יש לשלוח את השאלון והחתימה על ההסכמה מדעת
לדוא"ל oncogen@mac.org.il או לפקס 03-7178503

מה יקרה בעקבות הערכת השאלון שלי?

- לאחר עיבוד הנתונים, יעריכו יועצים גנטיים את דרגת הסיכון שלך או של בני משפחתך לנטייה גנטית ותתכננה 2 אפשרויות:
- **ימצא שהסיכון המוערך אצלך לסרטן תורשתי אינו גבוה** – במקרה כזה, בהתאם להנחיות משרד הבריאות – הזכאות נקבעת בהתאם למוצא ההורים. באותם מוצאים בהם זהו שינויים שכיחים הבדיקה מתבצעת ללא תשלום. במוצאים אחרים הבדיקה ניתנת לביצוע בתשלום. מידע זה יימסר לך ע"י צוות הייעוץ הגנטי.
 - אם הבדיקה שלך תוגדר כבדיקה בתשלום ובכל זאת ברצונך לבצע בדיקה גנטית של המוטציות השכיחות בגנים העיקריים הקשורים לסרטן שד ושחלה, ניתן לבצעה ללא פגישת יעוץ גנטי, דרך תכנית הביטוח המשלים מכבי זהב.
 - **ימצא שאת/ה בקבוצת סיכון גבוה לסרטן משפחתי** – במקרה כזה תידרש פגישת יעוץ גנטי כדי להסביר את הסיכון וסוגי התסמונות הרלוונטיות, וכדי להתוות את שיטת הבירור והמעקב המועדפת. בדיקות גנטיות לנשאות של סרטן מבוצעות במסגרת סל הבריאות רק במקרה שיימצא שהינך בקבוצת הסיכון הגבוה בפגישת הייעוץ.

רקע על בדיקות סקר גנטיות לאיתור נטייה מוגברת לסרטן

- ידוע כי בכ- 5-10% ממחלות הסרטן קיים גורם גנטי תורשתי הכרוך בסיכון מוגבר לחלות. לחולים במשפחות בהן אותה נטייה גנטית סיכוי של 50% להעביר נטייה זו לצאצאיהם. מחלת סרטן על רקע תורשתי מתאפיין לרוב בגיל צעיר של הופעת מחלה, בנוכחות של מספר חולים במשפחה ובסוגי סרטן שונים.
- בשנים האחרונות מזוהים גנים רבים הקשורים לנטייה גנטית לסרטן משפחתי. בסרטן שד/שחלה, לדוגמא, מוכרים בעיקר הגנים BRCA1 ו- BRCA2 ועוד כ- 20 גנים אחרים שהם פחות שכיחים. בסרטן מעי גס זהו גנים אחרים (לסוגים עם פוליפים ובלי פוליפים) שונים ורבים, וישנן דוגמאות נוספות.
- בייעוץ הגנטי נעשית הערכת סיכון להימצאות נטייה גנטית, וכן ניתן להעריך איזה מהגנים רלוונטיים למקרה המשפחתי שלך. מציאת הפגם הגנטי (מוטציה) בחולות/חולים תאפשר בעתיד להעריך טוב יותר את הסיכונים לפתח סרטן נוסף באותו פרט. כמו כן ניתן יהיה לאתר בני משפחה אחרים/ות שירשו את הפגם ונמצאים/ות בסיכון יתר. לכל אלו יוצעו דרכי מעקב ומניעה מתאימים שהם בבחינת אמצעים מצילי חיים.

מגבלות הבדיקות האונקו-גנטיות

- הבדיקות הבוצעות במסגרת קופת החולים מאתרות פגמים שכיחים בגנים רלוונטיים לסרטן שד/שחלה, מעי גס או סוגים נוספים. יחד עם זאת, לבדיקות אלו יש מגבלות שראוי להיות ערים להן.
- הבדיקה הגנטית האמורה אינה מאתרת את כל הפגמים הגנטיים בגן שנבדק, או בגנים אחרים שיכולים להיות קשורים בנטייה מוגברת לסרטן.
- גם אם אין נטייה גנטית, עדיין יש לכל אחד סיכון מסוים לפתח סרטן, ולכן תשובה תקינה כלשהיא אינה פוטרת אותך מהמעקב המומלץ לכלל האוכלוסייה לגילוי מוקדם של סרטן.
- הבדיקה מתבצעת בהסתמך על הנתונים שתמלא בשאלון, כולל המוצא וההיסטוריה הרפואית שלך ושל בני משפחתך. אם המידע שהתקבל אינו מדויק אזי הבדיקה אינה מהימנה. מידע שונה או חדש יכול להשפיע על מסקנות הייעוץ הגנטי.
- הבדיקות הגנטיות מתעדכנות ומשתנות, ולכן יש לקחת בחשבון שהבדיקה תבוצע על פי הסטנדרטים הרפואיים התקפים לשנה זו מומלץ להתעדכן באמצעות הרופא המטפל, במידה שיחול שינוי ברקע הרפואי שלך או של בני משפחתך, ו/או במידה שתחלופנה שלוש שנים ממועד הבדיקה.

ייעוץ גנטי משלים

מחוץ לסל הבריאות ולשירות שניתן במסגרת תכניות הביטוח המשלים בקופות החולים ניתן לבצע ייעוץ גנטי לגבי "פאנלים" רחבים של גנים רבים הקשורים בנטייה גנטית לסרטן משפחתי. בבדיקות אלו בודקים את רצף הקוד הגנטי המלא של גנים רבים (80-30 גנים, תלוי בחברה המבצעת) שיכולים להיות קשורים לנטייה גנטית לסרטן משפחתי.

הסכמה מדעת לתהליך יעוץ אונקו-גנטי וירטואלי

בחתימתי למטה אני מאשר/ת כי קראתי והבנתי את המידע הרשום לעיל. ידוע לי כי לאחר מילוי השאלון תשובת היועצים הגנטיים תועבר אליי לכתובת הדוא"ל שלי. אני מאשר/ת כי מובן לי שמדובר במידע אישי (ולעיתים גנטי) רגיש במיוחד. שליחת המידע במייל הינה באחריותי בלבד, וידוע לי כי משלוח באפיק זה אינו בטוח באופן מלא. בנוסף עליי לוודא כי לאף אדם מלבדי אין גישה לחשבון הדואר האלקטרוני הנ"ל. אני פוטר בזאת את מכבי שירותי בריאות מכל אחריות במקרה שבו המידע הנמסר יגיע לידיים לא נכונות, ככל שנשלחו בהתאם להוראותי ולפרטים שמסרתי לעיל.

דואר אלקטרוני

אני מאשר/ת שהבנתי כי בכל שלב אוכל לפנות ביוזמתי לייעוץ גנטי לביצוע בדיקות גנטיות נוספות במסגרת פרטית.

שם המטופל/ת

ת.ז (9 ספרות)

חתימה

הקלדת שם מלא וסימון וי יחשבו כחתימה.

חתימה

☐

שם הגורם המפנה והמטפל

☐

3 מתוך 12

הסכמה מדעת לתהליך יעוץ אונקו-גנטי וירטואלי - המשך

אני מעוניין/ת לבצע בדיקות גנטיות לגילוי נטייה תורשתית לסרטן כי (סמנו את הסיבות המתאימות):

☐ חליתי בסרטן ואני מעוניין/ת לקבל מידע גנטי עבורי ועבור משפחתי

☐ בן/בת משפחה מקרבה ראשונה / שנייה חלה/תה בסרטן

☐ במשפחה יש הרבה מקרים של סרטן

☐ קרוב משפחה רחוק / מכר גילו שהם נשאים של מוטציה גנטית המעלה סיכון לחלות והבנתי שכדאי שאבדק

☐ הרופא הפנה אותי

☐ כי אני מוטרד/ת ורוצה להיבדק בכדי לא לחלות

☐ אחר

יש לפרט

חתימה

הקלדת שם מלא וסימון וי יחשבו כחתימה.

שם הגורם המפנה והמטפל

☐

חתימה

☐

4 מתוך 12

שאלון לנבדקים – בירור נטייה גנטית מוגברת לסרטן משפחתי

מומלץ להיעזר ברופא המטפל על מנת למלא את השאלון

סרטן היא מחלה שכיחה ורוב המקרים אינם תורשתיים. מטרת שאלון זה להעריך אם קיים אצלך סיכון מוגבר לחלות בסרטן בגלל נטייה תורשתית. איתור מוקדם עשוי לעתים לסייע בריפוי והצלת חיים על ידי רפואה מונעת מותאמת.

בטרם מילוי השאלון אנא קראו בעיון את דף המידע וההסכמה מדעת המצורף לשאלון, וחתמו עליו. יש למלא את השאלון במלואו ולחתום בסופו, שאלון חסר לא יטופל.

1. פרטים אישיים

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז (9 ספרות)
תאריך לידה	מס' ילדים	מין <input type="radio"/> זכר <input type="radio"/> נקבה
מוצא האב	דת/עדה של האב	מוצא האם
דת/עדה של האב	מוצא האם	דת/עדה של האם
עישון <input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	אם כן, כמה שנים	כמות הסיגריות ביום
טלפון נייד	דואר אלקטרוני	
כתובת למשלוח דואר (ישראל)	מיקוד	

בני משפחה שגילם מעל 30 שנים

רשום/י כמה יש לך כולל בני משפחה שאינם בחיים

אחים	אחיות	
דודים מצד אמא	דודות מצד אמא	בני דודים מצד אמא
דודים מצד אבא	דודות מצד אבא	בני דודים מצד אבא

במידה שקיים בן משפחה שחלה בסרטן, מומלץ שבירור גנטי יבוצע תחילה אצלו מכיוון שהחולה הוא מקור המידע הראשוני לאבחון כל המשפחה.

5 מתוך 12

2. היסטוריה רפואית אישית

א. האם אובחנת במחלות הבאות?

סרטן שד חד צדדי	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	גיל האבחנה <input type="text"/>	הערות <input type="text"/>
סרטן שד דו צדדי	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	גיל האבחנה <input type="text"/>	הערות <input type="text"/>
סרטן מעי גס	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	גיל האבחנה <input type="text"/>	הערות <input type="text"/>
סרטן כליות ודרכי שתן	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	גיל האבחנה <input type="text"/>	הערות <input type="text"/>
סרטן לבלב	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	גיל האבחנה <input type="text"/>	הערות <input type="text"/>
סרטן קיבה	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	גיל האבחנה <input type="text"/>	הערות <input type="text"/>
סרטן דם	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	גיל האבחנה <input type="text"/>	הערות <input type="text"/>
מלנומה	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	גיל האבחנה <input type="text"/>	הערות <input type="text"/>
פוליפים במעי - פחות מ-20 פוליפים	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	גיל האבחנה <input type="text"/>	הערות <input type="text"/>
פוליפים במעי - מעל 20 פוליפים	<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא	גיל האבחנה <input type="text"/>	הערות <input type="text"/>

6 מתוך 12

הערות	גיל האבחנה	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	סרטן הרחם
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
הערות	גיל האבחנה	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	סרטן צוואר הרחם / פפילומה
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
הערות	גיל האבחנה	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	סרטן השחלה
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
הערות	גיל האבחנה	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	סרטן הערמונית
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
הערות	גיל האבחנה	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>	סרטן אחר
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
הערות נוספות <input type="text"/>			

ב. שאלות נוספות לנשים בלבד

גיל קבלת הווסת הראשונה	גובה (ס"מ)	משקל (ק"ג)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
גיל הפסקת הווסת	מס' הריונות	גיל לידה ראשונה
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	מספר שנים	שימוש בגלולות
	<input type="text"/>	כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>
מספר שנים		שימוש בטיפול הורמונלי חליפי (HRT)
<input type="text"/>		כן <input type="radio"/> לא <input type="radio"/>

7 מתוך 12

ג. שאלות לנשים שאובחנו עם סרטן שד בעבר / בהווה בלבד
במידה והמידע לא ידוע לך נוכל להיעזר בתיקך הרפואי כדי לאתרו

סוג הגידול		אחר	
------------	--	-----	--

☐ IDC
 ☐ DCIS
 ☐ ILC
 ☐ LCIS

☐ כריתה מלאה
 ☐ כריתה חלקית
 ☐ mastectomy/lumpectomy

סטטוס קולטנים (רצפטורים)
 ☐ ER +/-
 ☐ PR +/-
 ☐ HER2 +/-

סוג		<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
-----	--	---

סוג		<input type="radio"/> כן <input type="radio"/> לא
-----	--	---

☐ כן
 ☐ לא
 טיפול בקרינה

8 מתוך 12

3. היסטוריה משפחתית - פרטי בני המשפחה שחלו בסרטן

במידה שקיים בן משפחה שחלה בסרטן, מומלץ שבירור גנטי יבוצע תחילה אצלו, מכיוון שהחולה הוא מקור המידע הראשוני לאבחון כל המשפחה.

אחים, אחיות או ילדים שלך שחלו בסרטן

קרבה	סוג הסרטן	גיל האבחנה	גיל כיום	גיל פטירה
קרבה	סוג הסרטן	גיל האבחנה	גיל כיום	גיל פטירה
קרבה	סוג הסרטן	גיל האבחנה	גיל כיום	גיל פטירה

קרובי משפחה שחלו בסרטן **מצד האם** (אמא שלך, סבא, סבתא, דודים ובני דודים)

קרבה	סוג הסרטן	גיל האבחנה	גיל כיום	גיל פטירה
קרבה	סוג הסרטן	גיל האבחנה	גיל כיום	גיל פטירה
קרבה	סוג הסרטן	גיל האבחנה	גיל כיום	גיל פטירה
קרבה	סוג הסרטן	גיל האבחנה	גיל כיום	גיל פטירה
קרבה	סוג הסרטן	גיל האבחנה	גיל כיום	גיל פטירה

9 מתוך 12

קרובי משפחה שחלו בסרטן **מצד האב** (אבא שלך, סבא, סבתא, דודים ובני דודים)

קרבה	סוג הסרטן	גיל האבחנה	גיל כיום	גיל פטירה

קרבה	סוג הסרטן	גיל האבחנה	גיל כיום	גיל פטירה

קרבה	סוג הסרטן	גיל האבחנה	גיל כיום	גיל פטירה

קרבה	סוג הסרטן	גיל האבחנה	גיל כיום	גיל פטירה

קרבה	סוג הסרטן	גיל האבחנה	גיל כיום	גיל פטירה

10 מתוך 12

4. בירור גנטי שבוצע בעבר (לך או לבני משפחה) דרך קופ"ח או באופן פרטי

מומלץ להיעזר ברופא המטפל על מנת למלא את השאלון

בדיקות גנטיות בדם

BRCA מוטציות נפוצות

האם בוצעה ? ☐ כן ☐ לא

תוצאה תקינה / חריגה	מי הנבדק/ת
<input type="text"/>	<input type="text"/>

BRCA ריצוף מלא (Sequencing)

האם בוצעה ? ☐ כן ☐ לא

תוצאה תקינה / חריגה	מי הנבדק/ת
<input type="text"/>	<input type="text"/>

BRCA - MLPA (חסרים והכפלות)

האם בוצעה ? ☐ כן ☐ לא

תוצאה תקינה / חריגה	מי הנבדק/ת
<input type="text"/>	<input type="text"/>

MSH2, MSH6 (מוטציות נפוצות)

האם בוצעה ? ☐ כן ☐ לא

תוצאה תקינה / חריגה	מי הנבדק/ת
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ריצוף מלא MSH2, MSH6

האם בוצעה ? ☐ כן ☐ לא

תוצאה תקינה / חריגה	מי הנבדק/ת
<input type="text"/>	<input type="text"/>

בדיקת מוטציה משפחתית

האם בוצעה ? ☐ כן ☐ לא

תוצאה תקינה / חריגה	מי הנבדק/ת
<input type="text"/>	<input type="text"/>

11 מתוך 12

בדיקות גנטיות בדם

פאנל סרטן תורשתי (באופן פרטי)

האם בוצעה? ☐ כן ☐ לא

מי הנבדק/ת

תוצאה תקינה / חריגה

אחר

האם בוצעה? ☐ כן ☐ לא

מי הנבדק/ת

תוצאה תקינה / חריגה

בדיקות בגידול

BRCA מוטציות נקודתיות

האם בוצעה? ☐ כן ☐ לא

מי הנבדק/ת

תוצאה תקינה / חריגה

צביעות אימונוהיסטוכימיות של רקמת גידול

האם בוצעה? ☐ כן ☐ לא

מי הנבדק/ת

תוצאה תקינה / חריגה

בדיקת MSI בגידול

האם בוצעה? ☐ כן ☐ לא

מי הנבדק/ת

תוצאה תקינה / חריגה

בדיקה גנטית מורחבת בגידול

האם בוצעה? ☐ כן ☐ לא

מי הנבדק/ת

תוצאה תקינה / חריגה

MSH2, MSH6

האם בוצעה? ☐ כן ☐ לא

מי הנבדק/ת

תוצאה תקינה / חריגה

5. הנני מצהיר/ה כי מילאתי את כל הפרטים הרלוונטים בצורה מלאה (ככל הידוע לי)

חתימה

הקלדת שם מלא וסימון וי יחשבו כחתימה.

חתימה ☐

שם הגורם המפנה והמטפל ☐

הערכת היועץ הגנטי

חשד גבוה

- לנטייה גנטית מוגברת לסרטן משפחתי

מסוג

- במקרה כזה יש לקבל תחילה ייעוץ גנטי בכדי לכוון את הבדיקות המתאימות

חשד לא גבוה

- לנטייה גנטית מוגברת לסרטן משפחתי

מסוג

- במקרה כזה ניתן לבצע דרך מכבי מגן זהב בדיקה כ"סקר" מוטציות שכיחות בגן BRCA1,2. יש למלא בקשה לבדיקת סקר זו אחרי אישור הבנת משמעות הבדיקה.

במוצא המדווח הבדיקה של המוטציות השכיחות בגנים אלו שנבדקים בקופות מכסה חלק גדול / קטן מהסיבות הגנטיות הרלוונטיות לנטייה לסרטן שד/שחלה.

- הצעות נוספות: להלן בדיקות שיכולות להתאים ושניתן לבצען באופן פרטי: בגן/ים:

- מוטציות נפוצות / מוטציה ספציפית

- ריצוף גן מסוים

- בדיקת גידול

- פאנל גנטי

הסיכוי לאתר את הסיבה הגנטית בבדיקה גנטית זו אם היא על רקע תורשתי:

חתימה

הקלדת שם מלא וסימון וי יחשבו כחתימה.

שם וחתימת היועץ/ת גנטי/ת

☐

חתימה

☐