



שם ושם משפחה:  
תאריך לידה:  
מין:  
כתובת:  
טלפון:

www.midgam.org.il

## טופס הסכמה

**לתורם דגימות ביולוגיות ומידע**  
**לשם איסוף ואחסון לשימוש במחקר**  
**רפואי עתידי, כולל מחקר גנטי**  
**בגירים**

(נכתב בלשון זכר אך מתייחס לשני המינים)



**מאגר הדגימות הארצי**  
**רמב"ם**  
הקריה הרפואית לבריאות האדם

### **נושא המאגר: איסוף ואחסון דגימות ביולוגיות ומידע במאגר, לשם שימוש במחקר רפואי עתידי, כולל מחקר גנטי.**

אני מאשר כי קיבלתי מידע על מאגר הדגימות הביולוגיות, וקראתי והבנתי את דף ההסבר הנלווה. בחתימתי על טופס הסכמה זה אני מסכים מרצוני החופשי לתרום **שארית** מדגימות שיוסרו ממילא בעת ההליך הרפואי, ובנוסף דגימות דם/רוק/שתן/עור/נוזלי גוף אחרים שלי, לצורך עיבוד, ואחסון כדגימות **מקודדות** במאגר. כל זאת, לשם ביצוע מחקרים לאחר שיאושרו כדין. מטרת המאגר היא לאפשר לחוקרים בעתיד לשפר את האבחון והטיפול בחולים הסובלים ממחלות שונות, לאתר גורמים סביבתיים או גנטיים אשר עלולים להשפיע על הנטייה לתחלואה או על גרימת מחלות או על דרכי ההתפתחות של המחלות ועל תגובתם של תאים "חולים" לטיפולים שונים.

אני יודע ומסכים שלא אקבל כל תוצאות אישיות או שתהיה לי כל תועלת אישית מתרומת הדגימה, וכי תרומתי למאגר פטורה מכל תשלום מצדי. ידוע לי כי החלטתי האם לתרום או לא לתרום למאגר לא תשפיע בשום צורה על החלטות הנוגעות לטיפול הרפואי בי או במשפחתי. זכותי לבטל את תרומתי בכל זמן, ע"י הודעה בכתב למנהל/ת המאגר לפיה אינני רוצה שייעשה שימוש בדגימה שתרמתי למאגר.

ידוע לי שביטול הסכמתי יגרום למחיקת כל המידע הרפואי והאישי שלי מהמאגר, להעברת דגימות הרקמה מהמאגר אל המכון לפתולוגיה שבמרכז הרפואי, לשם אחסון כמקובל, ולהשמדת הדגימות האחרות שלי שבמאגר. עם זאת לא ניתן יהיה לאתר דגימות שלי, שכבר הועברו לחוקרים, טרם הודעתי.

בחתימתי אני מסכים שהדגימות הביולוגיות (כולל החומר התורשתי) והמידע הרפואי שלי ישמשו עבור מחקרים שאושרו כדין וכי לא אקבל מידע רפואי כלשהו שיימצא במחקרים בהם נעשה שימוש בתרומתי.

**בנוסף, אני מסכים (נא לסמן את האפשרויות להן אתה מסכים):**

- שעובדי המאגר ו/או החוקרים יכינו מהדגימה שלי שורות תאים תמידיות, כלומר ירבו חלק מהתאים של הרקמה ו/או הדם, על מנת להמשיך ולהשתמש בדגימות למחקרים ככל שיצטרכו.
- שעובדי המאגר ו/או החוקרים יגדלו תאים מהרקמה שלי בחיות ניסוי, לצורך פיתוח טיפולים ספציפיים למחלות.
- אני מאשר גם שימוש בדגימות ביולוגיות שניטלו ממני בעבר במהלך אבחון/טיפול בי, ונמצאות בארכיון המכון לפתולוגיה בבית החולים. השימוש יהיה לאותם צרכים ומטרות שעבורם הסכמתי לתרום דגימה כעת ובאותם התנאים, ובתנאי שקיימת בארכיון הפתולוגיה כמות מספקת של דגימה ממנה ניתן ליטול חלק מבלי לפגוע באפשרות להשתמש בחומר הפתולוגי לטובתי בעתיד.

שם (פרטי ומשפחה)	מס' ת"ז	שנת לידה
תאריך החתימה	חתימה	
שם הרופא המטפל	קופת חולים	כתובת הסניף

### **הצהרת המתרים במרכז הרפואי:**

ההסכמה הנ"ל ניתנה מהמטופל לאחר שהסברתי לתורם את כל האמור לעיל. כמו כן ווידאתי כי הוא קרא את טפסי ההסבר וההסכמה מדעת וכי הסבריי בעל-פה הובנו על ידו כראוי.

שם המסביר: \_\_\_\_\_ חתימת המסביר וחותמת: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

טופס הסכמה מדעת, מאגר דגימות ביולוגיות בגירים	טלפון לצורך יצירת קשר: 04-7771423	עברית	גרסה: 3.1 תאריך גרסה: 29/5/2016
---	-----------------------------------	-------	------------------------------------