



الموافقة على الاختبارات الجينية والجينومية السريرية

(ضع ملصق تعريف المريض هنا) URN اسم العائلة: الاسم (الأسماء): العنوان: تاريخ الميلاد: الجنس ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ غير محدد ☐	
تفاصيل الاختبار	
الاختبار الجيني : ☐ جين واحد ☐ متغير واحد ☐ متغيرات متعددة ☐ غير ذلك (يرجى التحديد): غرض الاختبار: ☐ اختبار تشخيصي ☐ اختبار تنبؤي ☐ اختبار الناقل ☐ اختبار التأكد ☐ اختبار الفصل ☐ اختبار ما قبل الولادة ☐ غير ذلك (يرجى التحديد):	اختبار الجينوم : ☐ لوحة الجينات ☐ إكسوم ☐ جينوم ☐ غير ذلك (يرجى التحديد): غرض الاختبار: ☐ اختبار تشخيصي ☐ فحص الناقل ☐ اختبار ما قبل الولادة ☐ غير ذلك (يرجى التحديد):
المؤشرات السريرية أو الحالة التي تم اختبارها:	
إنه خيارى لإجراء الاختبار الجيني / الجينومي. أتفهم أن: - لا يكتشف الاختبار جميع التغيرات الجينية أو يتنبأ بجميع الحالات الصحية المحتملة. - قد يجد الاختبار تغييرًا جينيًا لا علاقة له بسبب الاختبار ("اكتشاف عرضي") (الاختبار الجينومي فقط). - قد يجد الاختبار تغييرًا جينيًا غير مؤكد الدلالة. - قد تكون هناك حاجة إلى مزيد من الاختبارات أو التحليلات لفهم النتائج. قد يشمل ذلك فحص أقارب الدم. - يمكن إعادة فحص العينة أو النتائج في المستقبل باستخدام معرفة أو طرق اختبار جديدة. - قد يكون للنتائج آثار صحية على أقارب الدم. - قد تظهر النتائج علاقات عائلية غير متوقعة. - قد تؤثر النتائج على القدرة على الحصول على بعض أنواع التأمين. - سيتم تخزين العينة وقد تتم مشاركتها مع مختبرات أخرى للمساعدة في الاختبارات الجينومية. - يمكن مشاركة النتائج والمعلومات الصحية ذات الصلة مع قواعد البيانات الجينومية والطبية التي تُستخدم لرعاية المرضى. ستتم إزالة جميع المعلومات التعريفية. - تعتبر النتائج سرية ولن تتم مشاركتها إلا بموافقتي، أو حسب ما يقتضيه أو يسمح به القانون. - يمكنني تغيير رأيي بشأن الاختبار، حتى بعد جمع عينة الاختبار، واختيار عدم إخباري بالنتائج. ومع ذلك، إذا بدأ الاختبار، سيبقى تقرير في سجلاتي الطبية. يمكن إعطاء النتائج للشخص التالي إذا تعذر الاتصال بي، بما في ذلك في حالة وفاتي: الاسم: رقم الهاتف:	
مشاركة المعلومات	
☐ نعم ☐ لا	أوافق على مشاركة النتائج والمعلومات ذات الصلة مع المهنيين الصحيين للمساعدة في الاختبار الجيني لأقارب الدم. أفهم أنه لن يتم الإفصاح عن المعلومات التي تحدد هويتي لأقارب حيثما أمكن ذلك وبدون موافقتي الخطية المسبقة.
☐ نعم ☐ لا	أوافق على مشاركة العينة وبيانات الاختبارات الجينية والجينومية والمعلومات الصحية ذات الصلة لأغراض البحث المعتمد أخلاقيًا في نفس الحالة أو الحالات ذات الصلة. أفهم أنه ستتم إزالة المعلومات التعريفية وسيتم استبدالها عادةً برمز فريد بحيث يمكن إعادة المعلومات إليّ في بعض الحالات. أفهم أنني إذا لم أعد أرغب في المشاركة في البحث، يمكنني الاتصال بأخصائي الصحة لمناقشة انسحابي.
☐ نعم، أفهم	أنا أدرك وأفهم أن Queensland Health ليس لديها أي إدارة أو سيطرة على ما إذا كان تقرير الاختبار الخاص بي قد تم تحميله إلى "سجلي الصحي" (MyHR).

يجب إجراء جميع عمليات إنشاء النماذج السريرية وتعديلها من خلال خدمات المعلومات الصحية
لا تكتب في هذا الهامش الملزم
لا تستنسخ بالتصوير الفوتوغرافي

(ضع ملصق تعريف المريض هنا) URN اسم العائلة: الاسم (الأسماء): العنوان: تاريخ الميلاد: الجنس ☐ ذكر ☐ أنثى ☐ غير محدد		 الموافقة على الاختبارات الجينية والجينومية السريية
الموافقة		
المريض / الوكيل: - أوافق على إجراء الاختبارات الجينية / الجينومية. - أفهم سبب الاختبار والفوائد المحتملة والعواقب والقيود المحتملة. - لقد حصلت على نسخة من ورقة حقائق المريض - الاختبارات الجينية والجينومية (الإصدار 1.0)، والتي توفر معلومات حول الاختبار. - لقد تمكنت من مناقشة المعلومات مع أخصائي الصحة وطرح الأسئلة ومعالجة أي مخاوف. - أنا راضٍ عن التفسيرات والإجابات على أسئلتي. اسم المريض: توقيع المريض: التاريخ: / / عنوان البريد الإلكتروني: رقم الملف الوراثي (إن وجد): أو، عندما يتم إعطاء الموافقة نيابة عن شخص آخر: اسم الوكيل: توقيع الوكيل: التاريخ: / / العلاقة بالمريض: البريد الإلكتروني: رقم الهاتف:		
أخصائي الصحة : أنا، (الصفة) (اللقب) (الصفة) (اللقب) قد قدمت معلومات عن سبب الاختبار وطبيعته والنتائج المحتملة والقيود والمخاطر المادية للاختبار. تمكن المريض / الوكيل من طرح الأسئلة والنظر في الإجابات قبل ملء هذا النموذج.		
إفصاحات أخرى		
مترجم شفهي / مسؤول اتصال ☐ لا ينطبق أنا، (اسم المترجم الشفهي / مسؤول الاتصال) قد فسر محتوى هذه الاستمارة وجميع المعلومات التي قدمها الأخصائي الصحي للمريض.		
موافقة الوالدين اللذين يخضعان للتحليل الجيني الثاني / الثلاثي : ☐ لا ينطبق أوافق / نوافق على إجراء الاختبار الجينومي لغرض المساعدة في تفسير النتائج الجينومية لطفلي / لطفلتنا (المريض المذكور أعلاه). أتفهم / نتفهم سبب الاختبار والفوائد والعواقب والقيود المحتملة. على وجه التحديد، أفهم / نفهم أن تفاصيل الاختبار الجينومي الموضحة أعلاه تنطبق على العينة (العينات) الخاصة بي/بنا، والنتائج والمعلومات ذات الصلة. لقد تمكنت / تمكنا من مناقشة المعلومات مع أخصائي الصحة وطرح الأسئلة ومعالجة أي مخاوف. أنا راضٍ / نحن راضون عن التفسيرات والإجابات على أسئلتي / أسئلتنا. أوافق / نوافق على مشاركة العينة والبيانات الجينومية والمعلومات الصحية ذات الصلة لأغراض البحث المعتمد أخلاقياً في حالة طفلي / طفلنا. أفهم / نفهم أنه سيتم إزالة معلومات التعريف الخاصة بي / بنا وقد يتم استبدالها برمز فريد بحيث يمكن إعادة المعلومات إلي / إلينا عند الاقتضاء.		
الأم البيولوجية ☐ نعم ☐ لا الاسم: تاريخ الميلاد: / / التوقيع: التاريخ: / /		
الأب البيولوجي: ☐ نعم ☐ لا الاسم: تاريخ الميلاد: / / التوقيع: التاريخ: / /		

لا تكتب في هذا القسم