

תאריך הבקשה _____

אל: מרכז אישורי טכנולוגיות רפואיות שאנין תרופתיות
פקס': 03-7958612
מייל': oncologic_tech@mac.org.il

טופס בקשה לאישור בדיקות מולקולריות לגידול שד

יש לסמן את הבדיקה המבוקשת
OncotypeDX / PAM 50

פרטי רופא מפנה / אונקולוג:

שם: _____ מס' רישיון: _____ מקום עבודה: _____
טל' בעבודה: _____ נייד: _____ דוא"ל: _____

פרטי המטופלת

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת"ז: _____
טל' בבית: _____ נייד: _____

1. גידול שד פולשני שהוסר שקוטרו 5 מ"מ ויותר עם ביטוי הורמוני מין, ללא ביטוי Her2, ללא מעורבות קשרי לימפה או מעורבות כמיקרומטסטוזות.

N mic NO

2. החולה מועמדת ומסכימה לטיפול כימותרפי במידה והבדיקה תתמוך בצורך בטיפול

כן לא

3. סמן לאיזו קטגוריה משוייכת החולה

<input type="checkbox"/> גידול לובולרי שקוטרו מעל 2 ס"מ או מעורבות מיקרומטסטוזות	<input type="checkbox"/> גידול צינורי דרגה 3 שקוטרו מעל 1 ס"מ ומבטא קולטנים PR -ל	<input type="checkbox"/> גידול צינורי דרגה 3 שקוטרו פחות מ-1 ס"מ	<input type="checkbox"/> גידול צינורי דרגה 2	<input type="checkbox"/> גידול צינורי דרגה 1 ללא ביטוי PR או עם מיקרומטסטוזות
---	---	--	---	--

4. אישה פוסט-מנופאוגלית כן / לא

5. במידה ויש חריגות רפואיות, אנא פרט: _____

חתימת הרופא המפנה: _____

סטטוס אישור: אושר לא אושר

הערות: _____

חתימת גורם מאשר _____

קריטריונים לאישור בדיקות מולקולריות לגידול שד

הבדיקה מבוצעת עבור:

1. גידולי שד פולשניים שהוסרו שקוטרם 5 מ"מ או יותר, חיוביים לקולטנים להורמוני המין וללא ביטוי יתר של Her2 וללא מעורבות קשרי הלימפה או עם מעורבות כמיקרומטסטוזות (עד 2 מ"מ בלבד).
 2. קיום שיחה של אונקולוג עם המטופלת על משמעות הבדיקה וחתימת המטופלת על הסכמה לבדיקה ובמידת הצורך על טיפול כימי.
 3. גידולים לובולרים: כאשר גודל הגידולים מעל 2 ס"מ ו/או מעורבות מיקרו-מטסטוזות בקשר הלימפה.
 4. גידולים צינוריים: • דרגה היסטולוגית 2
- במידה ודרגה היסטולוגית 1 רק כאשר הביטוי ל-RP שלילי או יש מעורבות מיקרו-מטסטוזות בקשר הלימפה.
 - בדרגה היסטולוגית 3 יאושרו בדיקות כאשר הגידול פחות מ-1 ס"מ ללא קשר לביטוי RP, או בגידולים שקוטרם מעל 1 ס"מ במידה ויש ביטוי חיובי לשני הקולטנים RE ו-RP.

לתשומת לבכם!

למטופל/ת זכאות לבדיקה אחת בלבד במימון הקופה.
בדיקת OncotypeDX לכל המצבים המנופאוזליים
בדיקת PAM 50 לנשים פוסט-מנופאוזליות

תאריך _____

לכבוד המוסד הרפואי _____
(להלן - "המוסד הרפואי")

א.ג.,

כתב וויתור על סודיות רפואית

אני החתומה מטה, נותנת בזה רשות למוסד הרפואי ו/או לעובדיו ו/או למי שפועל מטעמו למסור למבקשים המוגדרים להלן את הפרטים הבאים המצויים בידי המוסד הרפואי בקשר לבדיקה מולקולרית לשד שנבחרה עם הרופא המטפל : PAM 50 / OncotypeDX

1. לידי **מכבי שירותי בריאות** (להלן - "מכבי") - את כל הפרטים ללא יוצא מן הכלל בצורה שתתבקש ע"י מכבי לרבות לגבי מצבי הבריאותי ו/או על כל מחלה שחליתי בעבר ו/או שאני חולה בה כעת ו/או שאחלה בה בעתיד ו/או פרטים על ביופסיה שערכתי במסגרת המוסד הרפואי.

2. לידי **המעבדה המבצעת ("טבע"-במקרה של OncotypeDX או LEM במקרה של PAM 50)** את הפרטים הבאים **בלבד** מתוך הרשומה הרפואית המנוהלת ע"י המוסד הרפואי בבית החולים:

2.1 דו"ח פתולוגי בנין הביופסיה.

2.2 רקמת גידול השד הספציפית לבדיקת הביופסיה לעיל.

אני משחררת בזאת את המוסד הרפואי ו/או את עובדיכם ו/או את כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצב בריאותי והנני מוותרת על סודיות זו כלפי מכבי ו/או המעבדה המבצעת בהתאם להרשאה לעיל בלבד, ולא תהיינה לי נגד המוסד הרפואי ו/או עובדיכם ו/או מי שפועל מטעמכם, כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לענין סודיות רפואית ו/או כל דין אחר.

ידוע לי, כי תנאי להשתתפותה של מכבי בעלות הבדיקה המבוצעת באמצעות המעבדה המבצעת הינה אישורה בכתב של מכבי לחברה המבצעת בדבר ביצוע הבדיקה בהתאם לעמידה בקריטריונים שנקבעו על ידי מכבי ובהעדר אישור מכבי כאמור **לפני** ביצוע הבדיקה - לא תשתתף מכבי בעלות הבדיקה כאמור.

בחימתי אני מאשר/ת כי ידוע לי שאני זכאי/ת לבדיקת אחת בלבד במימון הקופה.

פרטי המטופלת

שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות
_____	_____	_____
כתובת	_____	_____
תאריך	_____	התימה _____

פרטי העד לחתימה

שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות
_____	_____	_____
כתובת	_____	_____
חותמת	מס' רישיון _____	התימה _____