

معلومات الفحص

الغرض من الفحص وجمع العينات والنتائج

يقيم التعميط الجزيئي من Caris Life Sciences® (Caris) مؤشرات السرطان الموجودة في ورمك لمساعدة فريق رعايتك الصحية على وضع خطة علاج لك. كجزء من فحصك، سيتم إرسال عينة (عينات) ورمك إلى Caris، حيث سيتم تحليل عينتك، والحمض النووي والحمض النووي الريبوزي المستخرج من عينتك، ما ينتج عنه معلومات جينومية. ستبلغ Caris الطبيب الذي طلب إجراء الفحص الخاص بك ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين الذين يطلبهم فريق علاجك بنتائج فحصك. قد تشير نتائج الفحص إلى أن المؤشرات التي يتم فحصها موجودة أو غير موجودة في عينتك وقد تحدد خصائص أخرى للسرطان لديك. نتائج فحصاتك متاحة من طبيبك، أو من Caris بناءً على طلب كتابي حسبما يسمح به القانون.

فوائد الفحص الجينومي ومخاطره وقيوده

قد تشمل فوائد الفحص ما يلي: (1) المزيد من المعلومات لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية لك ولأفراد عائلتك؛ و(2) إمكانية التسجيل في الدراسات البحثية. قد تشمل مخاطر الفحص: (1) القلق بشأن الفحص؛ (2) الانزعاج الخفيف عند تقديم عينة الأنسجة؛ (3) التمييز بناءً على نتائج الفحص (في حين توفر بعض القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية بعض وسائل الحماية ضد التمييز الجيني، فإن هذه القوانين لا تنطبق في جميع المواقع. يمكنك زيارة www.genome.gov/10002328 للحصول على معلومات حول قانون عدم التمييز الجيني، وهو قانون فيدرالي يحمي المعلومات الجينية)؛ و(4) فقدان السرية بسبب الوصول غير المصرح به إلى معلوماتك الشخصية (تطبق Caris ضمانات معقولة لحماية معلوماتك الشخصية ولكن لا يمكنها ضمان سرية هذه المعلومات). القيود: لا تقدم Caris أي ضمان أو كفاءة بأن فحصها (فحوصاتها) الجينومية يكشف عن جميع الطفرات الجينومية وجميع ناقلات الحالة. قد لا يتم الإبلاغ عن الاختلاف الجيني غير المرتبط بالغرض من الفحص مع نتائج فحصك.

السرية، والاحتفاظ بالعينات/البيانات، واستخدامها، ومشاركتها

يحق لك الحصول على معالجة سرية لعينتك (عيناتك)، ومعلوماتك الجينومية، وبياناتك الصحية الأخرى وفقاً للقانون المعمول به. يمكن للطبيب الذي طلب إجراء الفحص الخاص بك، وموظفيه والشركات التابعة له، والأطراف الثالثة حسب طلب طبيبك الوصول إلى نتائج العينة والفحص. قد يتلقى موظفو Caris وغيرهم ممن يعملون لصالح Caris عينتك، أو يجرون الفحوصات، أو يمكنهم الوصول إلى بياناتك الصحية ونتائج الفحوصات. تأخذ Caris سرية المريض على محمل الجد وتطبق سياسات وإجراءات لتقييد الوصول إلى العينات والبيانات الصحية ونتائج الفحوصات والمعلومات الجينية التي يُحصل عليها من العينات. يجوز لـ Caris تخزين عينتك (عيناتك) ومعلوماتك الجينومية والبيانات الصحية الأخرى واستخدامها والكشف عنها، داخلياً وخارجياً على حد سواء، وفقاً لما يسمح به القانون لأغراض الامتثال التنظيمي، أو لأغراض التعويض، أو ضمان الجودة أو تحسينها، أو الأنشطة التشغيلية، أو دراسات التحقق من الصحة، أو البحث، أو تطوير المنتجات، أو في المنشورات. قد تشمل هذه الاستخدامات فحوصات جينية إضافية على عينتك (عيناتك)، والمعلومات الجينية، والبيانات الصحية الأخرى، بما في ذلك لأغراض بحثية مستقبلية. ما لم تقم بالرفض في الصفحة التالية، قد تستخدم Caris أيضاً معلوماتك لتحديد هويتك والتواصل معك بشأن تجارب سريرية أو فرص بحثية أخرى قد تهتمك (بما في ذلك معلومات عامة حول نتائج بحثية ومعلومات حول فحوصات بحثية على عينتك (عيناتك)، والمعلومات الجينية، والبيانات الصحية الأخرى التي قد تفيدك أو تفيد أفراد عائلتك)، وستُخزّن عيناتك وبياناتك إلى أجل غير مسمى طالما أنها مفيدة للأغراض الموضحة في هذا النموذج. ستقوم Caris بإلغاء هوية العينة (العينات) والمعلومات الجينومية والبيانات الصحية الأخرى أو إخفاء هويتها إلى الحد الذي تتطلبه القوانين المعمول بها. قد تشمل الأطراف الثالثة التي قد تتلقى عينتك (عيناتك)، والمعلومات الجينومية، والبيانات الصحية الأخرى كيانات غير ربحية، أو تجارية، أو حكومية مثل الباحثين الأكاديميين، والجامعات، والمستشفيات، والمختبرات، وعلوم الحياة، والتأمين، والأدوية، والشركات الأخرى. إذا أدت هذه الأنشطة إلى ظهور منتجات تجارية أو تعويض من أي نوع، فلن تتم مشاركة العائدات معك أو مع عائلتك، حتى إذا تم استخدام عينتك (عيناتك)، ومعلوماتك الجينومية، وبياناتك الصحية الأخرى. يمكنك معرفة المزيد عن ممارسات خصوصية Caris، بما في ذلك معلومات حول كيفية استخدام العينة (العينات) مجهولة الهوية والمعلومات الجينومية والبيانات الصحية الأخرى ومشاركتها تجارياً داخل الولايات المتحدة أو خارجها من خلال زيارة www.CarisLifeSciences.com/privacy-us.

أقر بأنني قد قرأت وفهمت المعلومات المقدمة في هذا النموذج، وناقشت موثوقية نتائج الفحوصات الإيجابية أو السلبية ومستوى اليقين بأن نتيجة الفحص الإيجابية لمرض أو حالة ما تعمل كمؤشر لهذا المرض أو الحالة مع طبيبي، وحصلت على فرصة لطرح الأسئلة، والتي تمت الإجابة عنها بشكل يرضيني. أوافق طواعية على إجراء الفحص من قبل Caris وعلى جمع عيني (عيناتي) ومعلوماتي الجينومية وبياناتي الصحية واستخدامها والاحتفاظ بها وصيانتها والإفصاح عنها كما هو موضح في هذا النموذج، بما في ذلك التواصل معي بشأن فرص البحث المحتملة التي قد أكون مؤهلاً لها، ومعلومات عامة عن نتائج البحث، ومعلومات عن الفحوصات البحثية على عيني التي قد تفيدني أو تفيد أفراد عائلتي. أفهم أن الفوائد المحتملة لهذا التواصل قد تشمل التعرف على فرص بحث قد أكون مهتماً بها وقد تساعد في تطوير العلوم. أفهم أن المخاطر المحتملة للموافقة على التواصل معي تشمل معرفة معلومات إضافية عن حالتي أو معلومات جديدة عن حالات أخرى قد أعاني منها أنا أو أفراد عائلتي أو قد تكون عرضة للإصابة بها. أفهم أنه، بخلاف الفحوصات المصرح بها في هذه الموافقة (بما في ذلك أي فحوصات جينية مستقبلية على عيني للأغراض الموضحة في هذا النموذج)، لن يتم إجراء أي فحوصات جينية على عيني. أفهم وأفوض Caris للحصول على مدفوعات مقابل الفحص، وأفوض Caris للتصرف نيابة عني فيما يتعلق بالقرار و/أو الرفض و/أو أي طعن ضروري يتعلق بتغطية الخدمات التي تقدمها Caris، وأتنازل عن جميع مزايا التأمين الصحي والتعويض بموجب خطة التأمين الصحي الخاصة بي (بما في ذلك Medicaid و Medicare) إلى Caris. أفوض Caris والدافعين من الأطراف الثالثة بالإفصاح عن أي من معلوماتي الصحية المحمية لغرض تسوية مطالبي و/أو استئنافي. أفهم أنه يجوز لي الاتصال بشركة Caris في أي وقت لإلغاء موافقتي على الاحتفاظ بالعينة (العينات) والمعلومات الجينومية والبيانات الصحية الأخرى. ولن يكون لإلغائي أي تأثير على ما يلي: (1) أي عينة (عينات) ومعلومات جينومية وبيانات صحية أخرى ألغيت تحديد هويتها أو جعلت مجهولة المصدر ولا يمكن تتبعها بسهولة للوصول إليّ؛ أو (2) أي استخدام أو مشاركة للعينة (العينات) والمعلومات الجينومية والبيانات الصحية الأخرى التي حدثت بالفعل، أو (3) إلى الحد الذي يجب أن تحتفظ فيه Caris بالعينة (العينات) والمعلومات الجينومية والبيانات الصحية الأخرى للائتمان للمعمول به. أوافق وأفوض Caris (ووكلاءها ومقاوليها وغيرهم ممن يعملون بالنيابة عنها) لإجراء مكالمات أو إرسال رسائل نصية إليّ، بما في ذلك تلك التي تتضمن صوتاً مسجلاً مسبقاً أو اصطناعياً، أو الموضوع باستخدام أي نوع من أنظمة الاتصال الهاتفية أو أي نظام آلي آخر لإجراء مكالمات أو إرسال رسائل نصية، إلى أي من الأرقام التي أقدمها أنا أو مقدم الرعاية الصحية نيابة عني إلى Caris. إذا كنت أوقع نيابة عن المريض، فإنني أقر أيضاً بأنني أملك السلطة القانونية للموافقة نيابة عن المريض.

بوضع علامة في هذا المربع، أنا لا أفوض Caris بالاحتفاظ بعيني (عيناتي) إلى أجل غير مسمى للأغراض الموضحة في هذا النموذج. أفهم أنه ستُتلف عيني (عيناتي) في نهاية عملية الفحص أو بعد ما لا يزيد عن 60 يوماً من جمعها.

اسم المريض (بحروف واضحة): _____ تاريخ الميلاد: _____ التاريخ: _____

المريض أو المفوض بالتوقيع: _____ التاريخ: _____