

معلومات الاختبار

الغرض من التتميط الجزيئي

يقيم التتميط الجزيئي الشامل من Caris Life Sciences *Caris (Caris) المؤشرات الحيوية الموجودة في الورم لديك، ما يكشف عن مخطط جزيئي لمساعدة مقدم الرعاية الصحية المتابع لك في اتخاذ قرارات علاج أكثر دقة وأكثر تركيزًا على حالة إصابتك بالسرطان.

جمع العينات

إذا وافقت على الاختبار، فسُترسل عينة (عينات) نسيجك إلى Caris، حيث سيُستخرج الحمض النووي والحمض النووي الريبوزي من عينتك ويُحلل.

نتائج الاختبار

ستبلغ Caris نتائج اختبارك إلى اختصاصي الرعاية الصحية المحدد في نموذج طلب الاختبار (وإلى اختصاصي الرعاية الصحية الآخرين الذين يطلبهم فريق علاجك، إن وُجدوا). قد تشير نتائج اختبار المؤشرات الحيوية إلى أن المؤشرات الحيوية التي يتم اختبارها موجودة أو غير موجودة في عينتك وقد تحدد خصائص أخرى للسرطان لديك. تتوفر نتائج اختبارك من مقدم الرعاية الصحية المتابع لك، أو من Caris بناءً على طلب كتابي وفقًا للقانون المعمول به.

فوائد الاختبار الجيني ومخاطره وقبوه

قد تشمل فوائد الاختبار: (1) مزيدًا من المعلومات لاتخاذ قرارات الرعاية الصحية لك ولأفراد أسرتك، بما في ذلك وضع خطة إدارة أو علاج؛ و(2) التسجيل المحتمل في الدراسات البحثية؛ و(3) معلومات صحية مهمة لأفراد أسرتك.

قد تعاني من القلق بشأن الاختبار، وقد تشعر بانزعاج طفيف ولوقت وجيز عند تقديم عينة الأنسجة. بالإضافة إلى ذلك، في حين توفر بعض القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية بعض الحماية ضد التمييز الجيني من قبل أصحاب العمل وشركات التأمين الصحي، لا تنطبق هذه القوانين في جميع المواقع. يمكنك زيارة www.genome.gov/10002328 للحصول على معلومات حول قانون عدم التمييز على أساس المعلومات الجينية، وهو قانون فيدرالي يحمي المعلومات الجينية.

لا تقدم Caris أي ضمان أو كفالة بأن اختبارها (اختباراتها) الجيني يكشف عن جميع الطفرات الجينية وجميع ناقلات الحالات. لا يجوز إبلاغ اختصاصي الرعاية الصحية المتابع لك بالتغيرات غير المرتبطة بحالة سريرية.

السرية

يحق لك الحصول على علاج سري لعينتك (عيناتك)، ومعلوماتك الجينية، وبياناتك الصحية الأخرى وفقًا للقانون المعمول به. قد يكون لاختصاصي الرعاية الصحية المحدد في نموذج طلب الاختبار وموظفي العيادة أو المنشأة والشركات التابعة له حق الوصول إلى عينتك وإلى نتائج الاختبار. قد يتم توجيه Caris أيضًا من قبل اختصاصي الرعاية الصحية المتابع لك لتقديم النتائج إلى أطراف ثالثة. قد يتلقى موظفو Caris وغيرهم ممن يعملون لصالح Caris عينتك، أو يجرون الاختبارات، أو يُتاح لهم الوصول إلى بياناتك الصحية ونتائج الاختبارات. تأخذ Caris سرية المريض على محمل الجد وتطبق سياسات وإجراءات لتقييد الوصول إلى العينات والبيانات الصحية ونتائج الاختبارات والمعلومات الجينية التي يُحصل عليها من العينات.

الاحتفاظ بالعينات/البيانات واستخدامها ومشاركتها

إلى الحد الذي تسمح به القوانين المعمول بها، يجوز لـ Caris تخزين عينتك (عيناتك) ومعلوماتك الجينية والبيانات الصحية الأخرى واستخدامها والكشف عنها، داخليًا وخارجيًا على حد سواء، 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 اختبارات جينية إضافية على عينتك (عيناتك)، والمعلومات الجينية، والبيانات الصحية الأخرى، بما في ذلك لأغراض بحثية مستقبلية. ما لم تقم بالانسحاب في الصفحة التالية، قد تستخدم Caris أيضًا معلوماتك لتحديد هويتك والتواصل معك بشأن تجارب سريرية أو فرص بحثية أخرى قد تهتمك (بما في ذلك معلومات عامة حول نتائج بحثية ومعلومات حول اختبارات بحثية على عينتك (عيناتك)، والمعلومات الجينية، والبيانات الصحية الأخرى التي قد تفيدك أو تفيد أفراد عائلتك)، وستُخزن عيناتك إلى أجل غير مسمى طالما أنها مفيدة للأغراض الموضحة في هذا النموذج. ستقوم Caris بإخفاء هوية العينة (العينات) والمعلومات الجينية والبيانات الصحية الأخرى أو إخفاء هويتها إلى الحد الذي تتطلبه القوانين المعمول بها. قد تشمل الأطراف الثالثة التي قد تتلقى عينتك (عيناتك)، والمعلومات الجينية، 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 الجينية، وبياناتك الصحية الأخرى. يمكنك معرفة المزيد عن ممارسات خصوصية Caris، بما في ذلك معلومات حول كيفية استخدام العينة (العينات) مجهولة الهوية والمعلومات الجينية والبيانات الصحية الأخرى ومشاركتها تجاريًا داخل الولايات المتحدة أو خارجها من خلال زيارة www.CarisLifeSciences.com/privacy-us.

بالتوقيع أدناه:

- أقر بأنني قد قرأت وفهمت المعلومات المقدمة في هذا النموذج، بما في ذلك المعلومات المتعلقة بالغرض من الاختبار (الاختبارات) والفوائد والمخاطر المحتملة والقيود المفروضة عليه، وكيف يمكن استخدام عيني (عيني) والمعلومات الجينية والبيانات الصحية والاحتفاظ بها والإفصاح عنها.
- لقد سنحت لي الفرصة لطرح الأسئلة وتمت الإجابة على جميع أسئلتني إجابةً مُرضيةً.
- أوافق طواعيةً على إجراء الاختبار من قِبل Caris وعلى جمع عيني (عيني) والمعلومات الجينية والبيانات الصحية الأخرى واستخدامها والاحتفاظ بها وصيانتها والإفصاح عنها حسبما هو مطلوب لإجراء الاختبار (الاختبارات) وللأغراض الأخرى الموضحة في هذا النموذج، بما في ذلك البحث وتطوير المنتج والنشر، إلى الحد الذي يسمح به القانون المعمول به ووفقاً له. أفهم أنه، بخلاف الاختبارات المصرح بها في هذه الموافقة (بما في ذلك أي اختبارات جينية مستقبلية على عيني للأغراض الموضحة في هذا النموذج)، لن يتم إجراء أي اختبارات جينية على عيني.
- بوضع علامة في هذا المربع، أنا لا أوافق Caris بالاحتفاظ بعيني (عيني) إلى أجل غير مسمى للأغراض الموضحة في هذا النموذج. أفهم أنه ستُتلف عيني (عيني) في نهاية عملية الاختبار أو بعد ما لا يزيد عن 60 يوماً من جمعها.
- أفهم وأفوض Caris في الحصول على مدفوعات مقابل الخدمات، وأتنازل لـ Caris عن جميع مزايا التأمين الصحي والتعويض بموجب خطة التأمين الصحي الخاصة بي (بما في ذلك Medicare و Medicaid). أعين Caris ممثلاً مفوضاً يتمتع بصلاحيات تقديم المطالبات الطبية و/أو الطعون و/أو التظلمات إلى وكالة الخطة الصحية أو الهيئة الحكومية التي تحكم هذه الخطة. يشمل هذا التعيين جميع الحقوق المتعلقة بأي مطالبة أو حق أو سبب دعوى (تقاضي) قد يكون لديّ ضد خطتي الصحية.
- أفوض Caris في التصرف نيابةً عني فيما يتعلق بالقرار و/أو الرفض و/أو أي طعن ضروري يتعلق بتغطية الخدمات المعملية التي تقدمها Caris، وكذلك أفوض Caris والدافعين من الأطراف الثالثة في الإفصاح عن أي من معلوماتي الصحية المحمية لغرض تسوية مطالبي و/أو طعني.
- قد نتواصل معي Caris في المستقبل بشأن فرص بحث محتملة قد أكون مؤهلاً لها، ومعلومات عامة حول نتائج البحث، ومعلومات حول الاختبارات 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 أنني لست ملزماً بالمشاركة في أي بحث يتم الاتصال بي بشأنه، ويمكنني إخطار Caris عبر البريد الإلكتروني على PatientNavigator@CarisLS.com إذا لم أعد أوافق على الاتصال بي في المستقبل بشأن فرص البحث.
- بوضع علامة في هذا المربع، أنا لا أوافق Caris في التواصل معي أو تقديم معلوماتي إلى باحثين خارجيين ليتمكنوا من التواصل معي بشأن دراسات بحثية.
- قد أتواصل مع Caris، ويشمل ذلك التواصل عن طريق البريد الإلكتروني على PatientNavigator@CarisLS.com، في أي وقت لإلغاء موافقتي على الاحتفاظ بعيني (عيني)، والمعلومات الجينية، والبيانات الصحية الأخرى. ولن يكون إلغائي أي تأثير على ما يلي: (1) أي عينة (عينات) ومعلومات جينية وبيانات صحية أخرى ألغيت تحديد هويتها أو جُعلت مجهولة المصدر ولا يمكن تتبعها بسهولة لي؛ أو (2) أي استخدام أو مشاركة للعينة (العينات) والمعلومات الجينية والبيانات الصحية الأخرى التي حدثت بالفعل، أو (3) إلى الحد الذي يجب أن تحتفظ فيه Caris بالعينة (العينات) والمعلومات الجينية والبيانات الصحية الأخرى للائتمان للقانون المعمول به.
- أوافق وأفوض Caris (وكلاءها 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 الموضوعية باستخدام أي نوع من أنظمة الاتصال الهاتفية التلقائية 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. قد تتعلق هذه المكالمات أو الرسائل النصية بالاختبارات التي طلبها اختصاصي الرعاية الصحية المتابع لي، أو كشوف حسابات المرضى، أو المنتجات أو الخدمات التي تعتقد Caris أنها قد تهمني، أو طلبات الحصول على ملاحظات المرضى. أفهم أن تكرار المكالمات والرسائل النصية قد يختلف، ولا يوجد حد لعدد المكالمات أو الرسائل النصية التي قد ترسلها Caris إليّ، وقد أتأكد رسوماً من شركة الاتصالات الهاتفية الخاصة بي مقابل هذه المكالمات أو الرسائل النصية ولا تتحمل Caris المسؤولية عن الرسوم. أوافق على هذه المكالمات أو الرسائل النصية المرسلّة أو التي ستجرى بغض النظر عن أي قيود في الوقت من اليوم، وحتى إذا كان رقم هاتفي مسجلاً في أي قائمة عدم اتصال فيدرالية أو تابعة للولاية. أفهم أن الرسائل النصية قد تكون غير مشفرة وتحمل بعض المخاطر المتمثلة في أن المعلومات الواردة في الرسائل قد يقرأها شخص غير مصرح له. أفهم أن Caris لا يمكنها ضمان أمن وسرية الرسائل النصية التي ترسلها إليّ. أوافق على أن Caris ليست مسؤولة عن أي وصول غير مصرح به يحدث أثناء إرسال الرسائل النصية إليّ أو بعد ذلك. أفهم أيضاً أنه لإلغاء الاشتراك في الرسائل النصية، يمكنني الرد بكلمة "STOP" على أي رسالة نصية أتلقاها. لإلغاء الاشتراك في المكالمات الهاتفية أو إرسال البريد الصوتي، يمكنك الاتصال بدعم العملاء على الرقم 1-888-979-8669.
- إذا كنت أوقع نيابةً عن المريض، فإنني أقر أيضاً بأنني أملك السلطة القانونية للموافقة نيابةً عن المريض.

اسم المريض (بحروف واضحة): _____ التاريخ: _____

المريض أو المفوض بالتوقيع: _____ التاريخ: _____