

**נושא המחקר: זיהוי שינויים מגנים ובעלי סיכון לתחלואה בווירוס הקורונה (COVID-19)****שם החוקר הראשי: ד"ר חגית בריס פלדמן****טופס זה הינו חלק בלתי נפרד מדף ההסבר למשתתף.****אני החתום<sup>2</sup> מטה:**

|                 |  |  |  |  |           |  |  |  |  |
|-----------------|--|--|--|--|-----------|--|--|--|--|
| שם פרטי:        |  |  |  |  | שם משפחה: |  |  |  |  |
| מס' תעודת זהות: |  |  |  |  | מיקוד:    |  |  |  |  |
| כתובת:          |  |  |  |  |           |  |  |  |  |

אני מאשר כי קיבלתי מידע על המחקר ואני מסכים בזאת מרצוני החופשי לתת דגימת דם ו/או רוק ו/או משטח מחלל הלוע ו/או משטח מחלל האף, ו/או כיח. לצורך בדיקות גנטיות. במידה ויערך הליך רפואי אבחנתי פולשני (כגון ביופסיה של מערכת הנשימה, דיקור מי שפיר, וכו') יעשה גם שימוש בדגימה בתנאי שזו לא תפגע בהליך הרפואי והאבחנתי ובטיפול בי. אני מודע לכך שייטכן ויוכנו שורות תאים מהדגימות שלי. יודע שאינני יכול לצפות לתוצאות אישיות או תועלת אישית מתרומת הדגימה.

השתתפותי במחקר פטורה מכל תשלום, והחלטתי האם להשתתף במחקר לא תשפיע בשום צורה על החלטות הנוגעות לטיפול הרפואי בי ובמשפחתי. זכותי לבטל את הסכמתי להשתתף במחקר בכל זמן, ע"י הודעה לחוקר הראשי כי אינני רוצה שיעשה שימוש בדגימה שמסרתי למטרות מחקר זה.

אני מסכים כי:

 הדגימות ישמשו למחקר זה בלבד. הדגימות ישמשו לכל מחקר שאושר כחוק במחלה הנחקרת בלבד. הדגימות ישמשו לכל מחקר שאושר כחוק ללא הגבלה (גם למחקר במחלות אחרות). לאחר תום המחקר הדגימה תשמר בצורה מזוהה/מקודדת/אנונימית (יש לסמן רק אפשרות אחת).

אני יודע שבמידה ודגימת ה-DNA שלי תועבר למעבדת המחקר בחו"ל, היא תועבר בצורה מקודדת (מזוהה רק לחוקר בארץ המחזיק במפתח לקוד, אך אנונימית למעבדה בחו"ל).

 כי תילקח מגופי דגימה/ביופסיה לצורך מחקר זה בלבד, בהתאם למפורט בדף ההסבר המצורף.<sup>1</sup> הערה לחוקר: מחק את המיותר<sup>2</sup> הטופס נכתב בלשון זכר מטעמי נוחות בלבד ומיועד לשני המינים.

## טופס הסכמה מדעת להשתתפות במחקר גנטי וכלל גנומי

קיבלתי הסבר אודות משמעות ממצאים העשויים להתקבל בעתיד ממחקר זה. הובהרה לי השלכת המשמעות על בריאותי ובריאות קרובי משפחתי, ואני מודע לחשיבות שבקבלת הסבר ויעוץ גנטי במידה ובמחקר ימצאו ממצאים בעלי משמעות לבריאותי ובריאות בני משפחתי, ואני  מעוניין /  לא-מעוניין (יש לסמן רק אחת משתי האפשרויות) לקבל מידע גנטי אישי שעשוי להתגלות במהלך המחקר.

במידה ולתוצאות המחקר תהיה נגיעה ישירה אלי או לבני משפחתי, אני מבקש כי  יודיעו /  לא יודיעו לי על תוצאות אלו (יש לסמן רק אחת משתי האפשרויות).

## למלא במחקר כלל גנומי בלבד:

אני מאשר כי קיבלתי הסבר אודות מחקר כלל גנומי ואני מסכים להשתתף בו.

חתימה (מגיל 16 ומעלה)

| שם המשתתף בניסוי הרפואי | חתימת המשתתף בניסוי | תאריך |
|-------------------------|---------------------|-------|
|                         |                     |       |

תאריך לידה (למשתתף מגיל 16-18):

הצהרת החוקר / חוקר משנה

ההסכמה הנ"ל נתקבלה על-ידי, וזאת לאחר שהסברתי למשתתף בניסוי הרפואי כל האמור לעיל וכן וידאתי שכל הסבריי הובנו על-ידו.

| שם החוקר המסביר | חתימה, חותמת ומס' רשיון | תאריך |
|-----------------|-------------------------|-------|
|                 |                         |       |

19.4.2020

תאריך

3

גרסה

0221-20-TLV

מספר בקשה מוסדית

19.4.2020  
תאריך

3  
גרסה

0221-20-TLV  
מספר בקשה מוסדית