

טופס בקשה לאישור בדיקת Afirma GSC בשירותי בריאות כללית

תאריך בקשה: _____

לכבוד

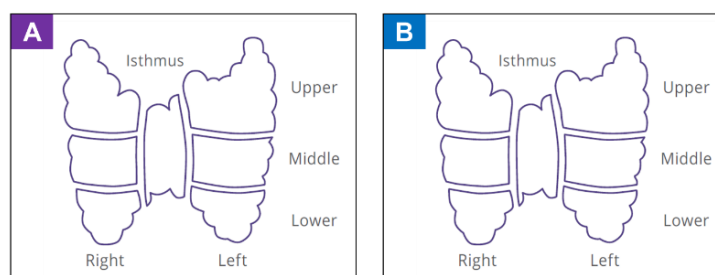
מוקד מ.ס.ר.

שירותי בריאות כללית

פרטי המטופל:

שם משפחה:	שם פרטי:	מס' זהות:
שם משפחה בלועזית:	שם פרטי בלועזית:	תאריך לידה מלא:
רופא מטפל/מפנה:	מרכז רפואי:	מחוז המבוטח:

עבור כל קשרית המיועדת לבדיקת Afirma GSC, אנא ציין את מיקום הקשרית ואת גודלה בס"מ (המימד בעל הקוטר המשמעותי ביותר):



SIZE _____ cm

SIZE _____ cm

*במקרה בו 2 קשריות מיועדות לביצוע בדיקת אפירמה, יש לציין את מיקום כל אחת מהקשריות בדיאגרמה A או B בהתאם לדוח הביופסיה/ציטולוגיה.

יש לסמן את השורה המתאימה ולמלא את החסר:

☐ תשובת ניקור בתסדה 4 (Bethesda IV) בתאריך _____ (יש לצרף את התשובה)

☐ שני ניקורים רצופים בתסדה 3 (Bethesda III). בתאריך _____ ובתאריך _____ (יש לצרף תשובות ניקורים). **לתשומת לב - אם בין הניקורים הללו היה ניקור נוסף שהדגים בתסדה 2 – יש לחזור על הניקור.**

יש להקפיד את התשובה המתאימה:

במידה ותשובת אפירמה חוזרת שפירה, המטופלת מתוכנן ל: מעקב / ניתוח / צריבה ☐

בחתומי אני מאשר/ת כי הסברתי למטופל/ת על משמעות הבדיקה שהומלצה.

יש לסמן רק במקרים של מטופלים בגילאי 18 עד 21

☐ בחתומי אני מאשר/ת כי הסברתי למטופל/ת כי הבדיקה מאושרת לגילאי 21 ומעלה ודוח התוצאה יכיל הערת out of indication.

שם הרופא המבקש:	מרכז רפואי:
טלפון נייד:	טלפון במחלקה:
דואר אלקטרוני:	
פקס:	חתימה:

יש לצרף דוח ביופסיה/ציטולוגיה ודוח אולטראסאונד מהניקור מעלה.

יש לשלוח את הבקשה והתפסים הנילוים לכצט בפקס או מייל: 09-7626304 ctsgenetics@cts.co.il

הבדיקה אושרה: כן / לא נימוק: _____