

**MICHIGAN MEDICINE**

علم الأمراض

Pathology

طلب وموافقة على اختبارات جينية انتاشية

Request and Consent to Germline Genetic Testing (Arabic)

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

طلب مقدم الرعاية الصحية الخاص بك إجراء اختبارات جينية لـ

(اسم الحالة)

Your healthcare provider has ordered genetic testing for \_\_\_\_\_.

(Name of condition)

سيتم إجراء هذا الاختبار عن طريق:

مختبر ميتشيجان الطبي لعلم الوراثة (1088637CAP#7123231 / CLIA#23D) 

This testing will be completed through:

 The Michigan Medical Genetics Laboratory (CAP#7123231 / CLIA#23D1088637)

ما هو الغرض من هذا الاختبار؟

**What is the purpose of this testing?**

الغرض من هذا الاختبار هو تقييم وجود خلل كروموسومي معين أو متغير وراثي أو تنامي مرض وراثي آخر قد يشكل خطراً على صحتك أو صحة أفراد عائلتك. لأغراض هذه الموافقة، قد يشير مصطلح "أنت" إليك أو إلى طفلك أو جنينك.

قرر مقدم الرعاية الصحية الخاص بك أن الاختبار الجيني للورم / السرطان قد يكون مفيداً في تحديد خطة مستقبلية لرعايتك. قد يشمل ذلك تغييرات في العلاج أو المراقبة أو خيارات الإدارة الإنجابية. يوضح هذا المستند التفاصيل التي يجب أن تأخذها في الاعتبار قبل اتخاذ قرار لإجراء هذا الاختبار.

The purpose of this testing is to evaluate for the presence of a specific chromosomal abnormality, genetic variant, or other genetic disease process that may pose risk to your health, or the health of your family members. For this consent, the term "you" may refer to you, your child, or your fetus.

Your healthcare provider has determined that genetic testing may be helpful in identifying a plan for your medical care. This may include changes in treatment, surveillance, or options for reproductive management. This document outlines the details you should consider before deciding to proceed with this testing.

كيف سيتم إجراء هذا الاختبار؟

**How will this testing be performed?**

سيتم إجراء الاختبار على الدم أو اللعاب أو عينة الأنسجة الأخرى التي تقدمها. سيقوم الاختبار بتقييم التغييرات، التي تسمى الطفرات، في الشفرة التعليمية الوراثة للجسم.

Testing will be performed on a blood, saliva, or other tissue sample that you provide. Testing will evaluate for changes, called variants, in the genetic instructional code of the body.

ما هي النتائج المحتملة لهذا الاختبار؟

**What are the possible results from this testing?**

**إيجابي** – تم تحديد طفرة في جين أو كروموسوم. قد يوفر لك ذلك ولمقدمي الرعاية الصحية تشخيصاً محدداً لحالتك الصحية أو قد يكشف عن خطر متزايد بالنسبة لك للإصابة بحالة صحية معينة في المستقبل. يمكن أن تشير هذه النتيجة أيضاً إلى مخاطر صحية لا علاقة لها بغرض الاختبار. يمكن أيضاً تحديد المخاطر الصحية للأقارب الآخرين، بما في ذلك الأطفال أو الأشقاء أو الوالدين.

**Positive** – A variant in a gene or chromosome was identified. This may provide you and your healthcare providers with a specific diagnosis for your health condition or may reveal an increased risk for you to develop a specific health condition in the future. This result could also indicate health risks unrelated to the purpose of testing. Health risks for other relatives, including children, siblings, or parents, may also be identified.

**سلبي** – لم يتم تحديد طفرة في جين أو كروموسوم أو تم تحديد المتغيرات الجينية الحميدة فقط التي لا تسبب مضاعفات صحية أو خطر الإصابة بالمرض. قد لا تلغي هذه النتيجة فرصة أن تكون حالتك الصحية ناتجة عن سبب وراثي وقد لا تلغي المخاطر المستقبلية للإصابة بمرض معين.

**Negative** – A variant in a gene or chromosome was NOT identified or only benign gene variants were identified that do not cause health complications or risk for disease. This result may not eliminate the chance that your health condition is due to a genetic cause and may not eliminate future risk to develop a specific disease.

# MICHIGAN MEDICINE

علم الأمراض

Pathology

طلب وموافقة على اختبارات جينية انتاشية

Request and Consent to Germline Genetic Testing (Arabic)

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

غير حاسم (متغير ذو دلالة غير مؤكدة) - تم تحديد طفرة في الجين ولكن لا توجد معلومات كافية لتحديد ما إذا كانت الطفرة إيجابية (مسببة للمرض) أم سلبية (حميدة). قد يوصى بإجراء المزيد من الاختبارات للمساعدة في توضيح النتيجة. قد تكون هناك حاجة إلى مزيد من البحث أو الوقت قبل اتضاح دلالة النتيجة. نحن نشجعك على الاتصال بعيادتنا بشكل دوري للحصول على أي تحديثات.

*Inconclusive (Variant of Uncertain Significance)* – A variant in a gene was identified but there is not enough information to determine whether the variant is positive (disease-causing) or negative (benign). More testing may be recommended to help clarify the result. More research or time may be required before the significance can be clarified. We encourage you to contact our clinic periodically for any updates.

ما هي حدود هذا الاختبار؟

## What are the limitations of this testing?

تتبع المختبرات السريرية المعتمدة الإجراءات والاحتياطات اللازمة لضمان دقة نتائجك وصحتها. ومع ذلك، قد تكون المعرفة الطبية الحالية أو تكنولوجيا الاختبار محدودة ما قد يمنع من تحديد بعض المتغيرات الجينية. لا يمكن للاختبارات الجينية الكشف عن جميع المخاطر الصحية المحتملة. نتيجة الاختبار السلبية / الطبيعية ليست ضماناً لصحتك.

Clinical, certified laboratories follow necessary procedures and precautions to ensure that your results are accurate and valid. However, there may be limitations in current medical knowledge or testing technology that may prevent certain gene variants from being identified. Genetic testing cannot detect all possible health risks. A negative/normal test result does not guarantee your health.

قد تكون دقة النتائج محدودة أيضاً بسبب رداءة جودة العينة أو تلف العينة أثناء الشحن أو تلوث العينة أو الفسيفساء أو خطأ المعالجة المختبرية. وفي بعض الحالات، قد يطلب المختبر عينة ثانية.

The accuracy of results may also be limited by poor sample quality, sample damage during shipment, sample contamination, mosaicism, or laboratory processing error. In some situations, the laboratory may request a second sample.

تعتمد الدقة أيضاً على المعلومات التي تقدمها لفريق الرعاية الصحية الخاص بك عن نفسك وأفراد عائلتك بما في ذلك السوابق الطبية والعلاقات البيولوجية.

Accuracy is also dependent on the information that you provide to your healthcare team about yourself and your family members including medical history and biological relationships.

ما هي مخاطر هذا الاختبار؟

## What are the risks of this testing?

المخاطر الجسدية للاختبار الجيني ضئيلة. بالنسبة لسحب الدم، فإنها تشمل الكدمات والألم والعدوى في المكان الذي تم منه أخذ الدم. قد تختلف المخاطر الجسدية لأنواع العينات الأخرى (على سبيل المثال، جمع اللعاب، مسحة الشدق، خزعة الجلد، أخذ عينات الزغابات المشيمية، بزل السلى، إلخ). قام فريق الرعاية الصحية الخاص بك بشرح أي مخاطر جسدية أخرى.

The physical risks of genetic testing are minimal. For blood draws, they include bruising, pain, and infection at the site where the blood was taken. Physical risks for other sample type (e.g., saliva collection, buccal swab, skin biopsy, chorionic villus sampling, amniocentesis, etc.) may vary. Your healthcare team has explained any other physical risks.

قد تشمل المخاطر المحتملة الإضافية من الاختبارات الجينية ردود الفعل النفسية أو العاطفية السلبية (مثل الإجهاد والقلق والاكتئاب والغضب والحزن) وفقدان الدعم الاجتماعي والتأثيرات على العلاقات الأسرية والمخاطر المالية. من الممكن أن تكشف الاختبارات الجينية عن اختلافات في العلاقات البيولوجية (على سبيل المثال، قد تحدد أن والدتك وأباك ليسا والديك البيولوجيين أو أن والديك أقارب بالدم).

Additional possible risks from genetic testing may include adverse psychological or emotion reactions (e.g., stress, anxiety, depression, anger, grief), loss of social support, impacts on family relationships, and financial risk. It is possible that genetic testing reveals differences in biological relationships (e.g., it may identify that your mother and father are not your biological parents or that your parents are related by blood).

تقع على عاتقك مسؤولية النظر في التغطية التأمينية التي تريدها قبل الشروع في الاختبارات الجينية. لدى الولايات المتحدة قانون اتحادي يسمى قانون عدم التمييز في المعلومات الوراثية (GINA) الذي يحظر على شركات التأمين الصحي وأرباب العمل اتخاذ القرارات بناء على معلوماتك الوراثية. ومع ذلك، لا تنطبق هذه الحماية على التأمين على الحياة أو التأمين ضد العجز أو تأمين الرعاية طويلة الأجل. لمزيد من المعلومات حول هذا القانون ومدى محدوديته، يرجى زيارة [www.ginahelp.org](http://www.ginahelp.org)

It is your responsibility to consider your desired insurance coverage prior to proceeding with genetic testing. The United States has a federal law called the Genetic Information Non-Discrimination Act (GINA) that prohibits health insurance companies and employers from making decisions based on your genetic information. These protections,

Page 2 of 4

31-10406

VER: A/21  
HIM:09/22

Medical Record



Consent – Genetic Screening / Testing

<b>MICHIGAN MEDICINE</b> علم الأمراض Pathology <b>طلب وموافقة على اختبارات جينية انتاشية</b> Request and Consent to Germline Genetic Testing (Arabic)	MRN: NAME: BIRTHDATE: CSN:
---	-------------------------------------

however, do not apply to life insurance, disability insurance, or long-term care insurance. For more information on this law and existing limitations, please visit [www.ginahelp.org](http://www.ginahelp.org).

### كيف سيتم إبلاغك بنتائج اختباري؟

#### How will I be informed of the results of my testing?

سيتم إرسال نتائج هذا الاختبار إلى مقدم الرعاية الصحية الخاص بك وحفظها بأمان في سجلك الطبي الإلكتروني في طب ميتشيجان. قد تصبح نتائجك متاحة لك في بوابة المريض الخاصة بك قبل أن يتم الاتصال بك من قبل مقدم الرعاية الصحية / فريقك.

سيقوم مقدم الرعاية الصحية الخاص بك بمراجعة نتائج الاختبار معك وسيناقش أي توصيات متاحة تتعلق بإدارة صحتك بناء على النتائج.

The results from this testing will be forwarded back to your healthcare provider and saved securely in your electronic medical record at Michigan Medicine. Your results may become available to you in your patient portal before you are contacted by your healthcare provider/team.

Your healthcare provider will review the results of the testing with you and will discuss any available management recommendations based on the results.

يمكن أن تساعدك الاستشارة الوراثية أنت وأفراد أسرتك على فهم نتائج الاختبارات الجينية الخاصة بك والتكيف معها واتخاذ القرارات بشأنها. قد يوصي مقدمو الرعاية الصحية بالاستشارة الوراثية قبل أو أثناء أو بعد الاختبار الجيني. يمكنك أيضاً أن تطلب من طبيبك أن يقوم بإحالتك لمقابلة أخصائي علم الوراثة في طب ميتشيجان

Genetic counseling can help you and your family members understand, adapt to, and make decisions surrounding your genetic test results. Your healthcare providers may recommend genetic counseling before, during, or after genetic testing. You can also request that your doctor place a referral for you to meet with a genetics specialist at Michigan Medicine.

### هل يمكن مشاركة عينتي أو المعلومات (البيانات) من اختباري؟

#### Can my sample or the information (data) from my testing be shared?

يتم طلب هذا الاختبار كاختبار سريري ويتم الحفاظ على سرية النتائج وفقاً لقانون قابلية التأمين الصحي والمساءلة (HIPAA) لعام 1996. ستصبح نتائج اختبارك جزءاً من سجلك الطبي الإلكتروني في طب ميتشيجان وقد يراها أعضاء آخرون في فريق الرعاية الصحية الخاص بك.

This testing is being ordered as a clinical test and results are kept confidential in accordance with the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA) of 1996. The results of your testing will become part of your electronic medical record at Michigan Medicine and may be viewed by other members of your healthcare team.

قد يكون لدى مختبرات الاختبارات الجينية التجارية سياسات محددة فيما يتعلق بحماية البيانات ومشاركتها وتخزين العينات والاحتفاظ بها واستخدام عينات غير محددة الهوية للبحث. يمكن لمقدم الرعاية الصحية الخاص بك تزويدك بالموارد المتاحة عبر الإنترنت أو المطبوعة التي تراجع سياسات المختبر المستخدم لإكمال الاختبار.

Commercial genetic testing laboratories may have specific policies regarding data protection, data sharing, sample storage and retention, and use of deidentified samples for research. Your healthcare provider can provide you with online or printed resources available reviewing the policies for the laboratory used to complete your testing.

إذا وقعت على وثيقة الموافقة، أدناه، فإنها تؤكد موافقتك على متابعة الاختبارات الجينية الانتاشية التي قد تساعد مقدمي الرعاية الصحية في إدارة الرعاية الصحية الخاصة بك. نتمنحنا هذه الموافقة على وجه التحديد إنك إما لاختبار عينة (عينات) الأنسجة الخاصة بك داخلياً أو إرسالها وأي بيانات سريرية مطلوبة إلى شريكنا الخارجي في مختبر الاختبار الجيني،

If you sign the consent document, below, it confirms your agreement to pursue germline genetic testing that may be of help to your healthcare providers in managing your healthcare. This consent specifically gives us your permission to either internally test your tissue sample(s) or send them and any required clinical data to our external molecular testing laboratory partner, \_\_\_\_\_.

المسؤولية المالية: أفهم أنني قد أكون مسؤولاً عن أي رسوم متعلقة بالاختبار التي لا تغطيها خطتي الصحية، بما في ذلك الاختبارات غير المصرح بها أو غير المغطاة.

Financial Responsibility. I understand that I may be responsible for any testing-related fees not covered by my health plan, including non-authorized or non-covered testing.

31-10406	VER: A/21 HIM:09/22	Medical Record		<b>Consent – Genetic Screening / Testing</b>
----------	------------------------	----------------	---	--

**MICHIGAN MEDICINE**

علم الأمراض

Pathology

طلب وموافقة على اختبارات جينية انتاشية

Request and Consent to Germline Genetic Testing (Arabic)

MRN:

NAME:

BIRTHDATE:

CSN:

لقد قرأت وفهمت المعلومات في هذه الاستمارة قبل التوقيع عليها. أقبل المخاطر المذكورة أعلاه أو كما نُوقِشت مع طبيبي أو مستشاري الوراثي أو غيره من المهنيين الصحيين.

I HAVE READ AND UNDERSTOOD THE INFORMATION ON THIS FORM BEFORE I SIGNED IT. I ACCEPT THE RISKS LISTED ABOVE OR AS DISCUSSED WITH MY DOCTOR, GENETIC COUNSELOR, OR OTHER HEALTH PROFESSIONAL.

تاريخ: \_\_\_\_\_

(السنة/اليوم/الشهر)

توقيع المريض أو الممثل المفوض قانوناً (إذا كان المريض غير قادر على التوقيع)

Signature of Patient or Legally Authorized Representative (if patient is unable to sign)

(mm/dd/yyyy)

اسم الممثل المخول قانونياً ( إذا كان المريض غير قادر على التوقيع).

Printed Name of Legally Authorized Representative (if patient is unable to sign)

Relationship:  Spouse  Parent  Next-of-Kin  Legal Guardian  DPOA for Healthcare  Other (specify): \_\_\_\_\_

رقم البيجر/مقدم الرعاية

الرتبة

تم شرحه والشهادة عليه من قبل (كتابة الاسم والتوقيع)

Obtained and Explained by (Printed Name and Signature)

Title

Pager/Provider No.

التاريخ: \_\_\_\_\_ الوقت: \_\_\_\_\_ صباحاً/مساءً  
(السنة/اليوم/الشهر)Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ A.M. / P.M.  
(mm/dd/yyyy)