

המעבדה להמטולוגיה

טלפון: 03-530-2356 פקס: 03-530-3506
מייל : Hematology.Lab@Sheba.Health.Gov.II

04/05/2025

תפוצת רופאים

דף מידע לבדיקה חדשה:

גידול פיברובלסטים מדגימת עור לצורך הפקת DNA גנומי

תיאור הבדיקה:

הפקת פיברובלסטים מדגימת עור כרוכה בנטילת חתיכת עור קטנה (ביופסיית Skin Punch) ועיבודה במעבדה. התהליך כולל את חיתוך הדגימה לחתיכות קטנות יותר, גידול התאים במדיום גידול מתאים, ועיכול אנזימטי של הרקמה לשחרור תאים בודדים. הפיברובלסטים, תאי רקמת חיבור נפוצים, מתרבים במהירות במדיום ויוצרים אוכלוסייה הומוגנית של תאים שניתן להשתמש בה למגוון יישומים מחקריים ורפואיים, בכללם בדיקות גנטיות.

במקרים בהם הפקת DNA מדם אינה אמינה מספיק (לדוגמא, בשל הצטברות מוטציות בדם, או בשל השתלת מח עצם), גידול פיברובלסטים מדגימת עור מהווה חלופה מתאימה להפקת DNA איכותי למטרות אבחון ובדיקות גנטיות (Germline).

דגימות:

- יש להעביר למעבדה דגימה שנלקחה באמצעות ביופסיית Skin Punch וגודלה כ- 3-4 מ"מ. יש לשמור את הדגימה בתמיסת Saline סטרילית בכוס בדיקה (בטמפרטורת החדר).
- יש להעביר את הדגימה למעבדה בהקדם האפשרי, ולכל המאוחר בתוך 12 שעות (דגימות המתקבלות לאחר זמן זה עלולות להיות בלתי שמישות).
- הדגימה תעבור עיבוד במעבדה עבור הקמת תרבית תאים פיברובלסטים, תהליך שיכול לארוך מספר שבועות.
- לאחר ביסוס התרבית, DNA גנומי יופק מהתאים ויועבר להמשך בדיקות.

תיאום והגשה:

- יש לתאם את לקיחת הדגימה עם המעבדה, לפחות 4 ימים לפני הביופסיה.
- תיאום מול מנהלת המעבדה לפיתוח תרפיה מבוססת רנ"א, ד"ר נופר מור (Nofar.mor@sheba.health.gov.il).

המעבדה להמטולוגיה

טלפון: 03-530-2356 פקס: 03-530-3506
מייל : Hematology.Lab@Sheba.Health.Gov.II

מידע נחוץ להזמנת הבדיקה:

ביצוע הבדיקה נעשה תמורת התחייבות כספית או תשלום.

קוד התחייבות- קריוטיפ מתרבית רקמה (88233).

יש לצרף לדגימה תאריך דיגום (כולל שעה), שם, ת"ז, ופרטי רופא מפנה עבור בירורים (טלפון ודוא"ל).

זמן אספקת השירות:

זמן אספקת השירות משתנה, ועשוי להימשך בין 3 שבועות ל-7 שבועות.

מגבלות השיטה:

- הפקת DNA תלויה בשגשוג התרבית. זמן הקמת התרבית יכול להשתנות בין דגימות, ותלוי, בין היתר, בזמן שחלף בין לקיחת הדגימה ועיבודה, וברקע הגנטי.
- מיעוט הביופסיות (כ-10%) עלול להיכשל ולא לשגשג כתרבית תאים.

המעבדה להמטולוגיה

טלפון: 03-530-2356 פקס: 03-530-3506
מייל : Hematology.Lab@Sheba.Health.Gov.II

חיוב עבור גידול פיברובלסטים מדגימת עור

שם נבדק:	רופא מפנה:
מס' ת.ז.:	טלפון רופא מפנה:
תאריך לידה:	מייל רופא מפנה:
כתובת:	

עלות הבדיקה: 2,400 ₪

התשלום הוא בכרטיס אשראי בלבד (לא מתקבל כרטיס דיירקט צ'ק או מזומן)

ניתן לחלק עד 4 תשלומים ללא ריבית

הנני מאשר לחייב בכרטיס אשראי שפרטיו מטה:

שם בעל הכרטיס: _____

מספר ת.ז.: _____

טלפון: _____

סוג כרטיס: ישראכרט/ויזה/אחר: _____

מספר כרטיס: _____

תאריך תוקף: _____

מספר CVV (בגב הכרטיס): _____ לאמריקן 4 ספרות על גבי הכרטיס

מספר תשלומים : עד 4 תשלומים ללא ריבית _____

מייל: _____

הקבלה נשלחת בדואר על שם המטופל במידה והקבלה לא התקבלה לאחר כחודש יש לפנות לטלפונים מעלה.

_____ חתימה של מאשר החיוב: