Patient Consent for Molecular Profiling – Nevada
ለሞሎኪውላር ፕሮፋይሊንግ የታካሚ ስምምነት – ኔቫዳ

Please read carefully and discuss with your physician.

If you have questions, please contact Caris at CarisConsents@CarisLS.com or (888) 979-8669.

Email completed form to CarisConsents@CarisLS.com, or fax to 866-479-4925.

እባክዎ በጥንቃቄ ያንብቡ እና ከሐኪምዎ ጋር ይወያዩ።
ጥያቄዎች ካለዎት፣ እባክዎ Carisን በ CarisConsents@CarisLS.com ወይም (888) 979-8669 ያነጋግሩ።
የተሞላውን ቅጽ በኢሜይል ለ CarisConsents@CarisLS.com፣ ወይም በፋክስ ወደ 866-479-4925 ይላኩ።

TEST INFORMATION የምርመራ መረጃ

Test Purpose, Sample Collection, and Results
የሙከራ ዓላማ፣ የናሙና አሰባሰብ እና ውጤቶች

Molecular profiling from Caris Life Sciences® (Caris) assesses cancer markers found in your tumor or blood to help your health care team develop a treatment plan that is specific to you. As part of your testing, your blood sample(s) and/or tumor sample(s) will be sent to Caris, where your sample, and DNA and RNA extracted from your sample, will be analyzed, producing genomic information. Caris will report your test results to the physician who ordered your test and to other health care providers requested by your treatment team. Test results may indicate that the markers being tested for are or are not present in your sample and may identify other characteristics of your cancer. Your test results are available from your physician, or from Caris upon written request as allowed by law.

የሞሎኪውላር ፕሮፋይሊንግ ከCaris Life Sciences® (Caris) በእርስዎ እጢ ወይም ደም ውስጥ የተገኙ የካንሰር ማርከሮችን በመመዘን የጤና እንክብካቤ ቡድንዎ ለእርስዎ ብቻ የሆነ የህክምና እቅድን እንዲያወጡ ያግዛል። እንደ እርስዎ የምርመራ አካል በመሆን የእርስዎ ናሙና(ዎች) እና/ወይም የእጢ ናሙና(ዎች) ወደ Caris ይላካሉ ይህም የእርስዎ ናሙና፣ እና ከናሙናዎ ውስጥ የተወሰደ የDNA and RNA ናሙና ይተነተናል እና የጂኖሚክ መረጃን ያመነጫል። Caris የእርስዎ የምርመራ ውጤቶችን ምርመራዎን ላዘዘው ዶክተር እንዲሁም በእርስዎ የህክምና ቡድን ለተጠየቁ ለሌላ የጤና እንክብካቤ አቅራቢዎች ሪፖርት ያደርጋል። የምርመራ ውጤቶች የሚጠቁሙት እየተመረመሩ ያሉት ማርከሮች በእርስዎ ናሙና ውስጥ ሊገኝ ወይም እንደማይገኙ እንዲሁም ሌሎች የእርስዎን ካንሰር ባህርያት መለየት ነው። የእርስዎ የምርመራ ውጤቶች በህግ በተፈቀደው መሰረት በጽሁፍ ጥያቄ በማቅረብ ከእርስዎ ዶክተር ወይም ከCaris ይገኛል።

For blood-based profiling (Caris Assure), you and your doctor each have the opportunity to opt-out from receiving reports of heritable (from your family) genetic information. Your doctor may have opted-out of this reporting as part of your test order. If you would like to opt-out of heritable reporting of genetic information, please check the following box:

በደም ላይ ለተመሰረተ ፕሮፋይሊንግ (Caris Assure)፣ እርስዎ እና የእርስዎ ዶክተር በዘር ከሚተላለፍ የዘር መረጃ (ከቤተሰብዎ) የሚገኙ ሪፖርቶች ከማግኘት የመውጣት እድል አላችሁ። የእርስዎ ዶክተር እንደ እርስዎ የምርመራ ትዕዛዝ ከዚህ ሪፖርት አደራረግ ሊወጣ ይችላል። ከዘረመል መረጃ በዘር የሚተላለፍ ሪፖርት ማድረግ ለመውጣት ከፈለጉ፣ እባክዎ የሚከተለውን ሳጥን ውስጥ ምልክት ያድርጉ፦

☐ I opt-out (do not want to receive) reporting of heritable genetic testing for cancer predisposition.[1]
በዘር ከሚተላለፍ የዘረመል ምርመራ ሪፖርት ለካንሰር ቅድመ-ተጋላጭነት ወጥቻለሁ (ለመቀበል አልፈልግም)።[1]

Blood Profiling Only: Unless you or your physician have opted-out of receiving reports of heritable genetic information, Caris Assure includes reporting of heritable (from your family) genetic information, which can provide information about whether your cancer is driven by an inherited DNA variant and your risk of developing other types of cancer. These results may reveal additional information about you or your family that is unexpected, and your testing results may have implications for your family members. In some cases, your physician may recommend further testing to clarify those results. You may wish to obtain genetic counseling before consenting to the test. If you provide a blood sample for your test, and you or your physician have not opted-out of receiving reports of heritable genetic information, your germline/hereditary test results may include:

የደም ፕሮፋይሊንግ ብቻ፦ እርስዎ ወይም የእርስዎ ዶክተር በዘር ከሚተላለፉ የመረጃ ሪፖርቶች ካልወጣችሁ በቀር፣ Caris Assure የሚያካትተው በዘር የሚተላለፍ (ከቤተሰብዎ) የዘረመል መረጃ ሪፖርት ማድረጝ ያካትታል፣ ይህም የእርስዎ ካንሰር በዘር ከሚተላለፈው የDNA አይነት እንደመጣ እና ሌሎች የካንሰር አይነቶችን የማጎልበት አደጋ ይኖርብዎት እንደሆነ ወይም እንዳልሆነ መረጃዎች ማቅረብ ይችላል። እነዚህ ውጤቶች ያልተጠበቁ ስለ እርስዎ ወይም ስለቤተሰብዎ ተጨማሪ መረጃዎችን ሊገልጥ ይችላል እናም የእርስዎ የምርመራ ውጤቶች ለእርስዎ የቤተሰብ አባላት አንድምታ ሊኖራቸው ይችላል። በአንዳንድ ኬዞች ውስጥ፣ የእርስዎ ዶክተር እነዚያን ውጤቶችን ለማጠራት ተጨማሪ ምርመራ እንዲደረግ ሊመክር ይችላል። ለምርመራው ከመስማማትዎ በፊት የዘረ-መል የምክር አገልግሎትን ለማግኘት ሊፈልጉ ይችላሉ። ለምርመራዎ የደም ናሙና ካቀረቡ እና እርስዎ ወይም የእርስዎ ዶክተር በዘር ከሚተላለፍ የዘረመል መረጃ ሪፖርቶች ከመቀበል ሳይወጡ ከቀሩ፣ የእርስዎ ጀርምላይን/በዘር የሚተላለፉ የምርመራ ውጤዎች ሊያካትቱ የሚችሉት፦

Positive: A positive result may indicate that you are a carrier of, predisposed to, or have the specific disease or condition being tested for. If you receive a positive result, you may wish to talk to your physician or a genetic counselor. You or your family members may be referred by your physician for additional or confirmatory testing.

ፖዘቲቭ፦ ፖዘቲቭ ውጤት እርስዎ ተሸካሚ እንደሆኑ፣ ለበሽታው የተጋለጡ እንደሆኑ ወይም የተወሰነ በሽታ ወይም ሁኔታ እንዳለዎት ሊያመለክት ይችላል። ፖዘቲቭ ውጤት ከተቀበሉ፣ የእርስዎ ዶክተር ወይም የዘረ-መል አማካሪዎን ለማነጋገር ሊፈልጉ ይችላሉ። እርስዎ ወይም የእርስዎ የቤተሰብ አባላት ለተጨማሪ ወይም ለአረጋጋጭ ምርመራ በዶክተርዎ ሊላኩ ይችላሉ።

Negative: A negative result indicates that no disease-causing variant was identified in the test performed. However, a negative result does not guarantee that you and your family are free from genetic disorders or other medical conditions, and additional information may become available in the future that could impact the interpretation of your test results. However, Caris is not obligated to update, revisit or later re-evaluate the results of the tests after those results have been made available to your physician.

ኔጌቲቭ፦ ኔጌቲቭ ውጤት የሚጠቁመው በተከናወነው ምርመራ ምንም አይነት በሽታ አምጪ ዝርያ እንዳልተገኘ ነው። ይሁን እንጂ፣ ኔጌቲቭ ውጤት እርስዎ ወይም የእርስዎ ቤተሰብ ከዘር እክሎች ወይም ከሌሎች የህክምና ሁኔታዎች ነጻ መሆናችሁን አያረጋግጡም እናም የእርስዎን የምርመራ ውጤቶች አተረጓጎም ላይ ተጽዕኖ ሊያሳድሩ የሚችሉ ተጨማሪ መረጃዎች ወደፊት ሊገኙ ይችላል። ይሁን እንጂ፣ እነዚያ ውጤቶች ለእርስዎ ዶክተር እንዲደርስ ከተደረጉ በኋላ Caris የምርመራዎቹን ውጤቶች እንዲያዘምን፣ ዳግም እንዲጎበኝ ወይም በኋላ ላይ ዳግም እንዲመዝን አይገደድም።

Caris MPI, Inc. d/b/a Caris Life Sciences ©2025 Caris MPI, Inc. All rights reserved. MAT-MP-000072 13 AUG 2025

Patient Consent for Molecular Profiling – Nevada (Page 2)

ለሞሎኪውላር ፕሮፋይሊንግ የታካሚ ስምምነት – ኔቫዳ (ገጽ 2)

Benefits, Risks, and Limitations of Genomic Testing
የጅኖሚክ ምርመራ ጠቀሜታዎች፣ ስጋቶች ውስንነቶች

Benefits of the test may include: (i) more information to make healthcare decisions for yourself and your family members; and (ii) potential enrollment in research studies. Risks of the test may include: (i) anxiety about the testing; (ii) mild discomfort when providing your tissue or blood sample;(iii) discrimination based on your test results (while certain federal and state laws provide some protections against genetic discrimination, these laws do not apply in all situations. You can visit www.genome.gov/10002328 for information about the Genetic Nondiscrimination Act, a federal law that protects genetic information); and (iv) loss of confidentiality due to unauthorized access to your personal information (Caris implements reasonable safeguards to protect your personal information but cannot guarantee the confidentiality of this information). Limitations: Caris makes no guarantee or warranty that its genomic test(s) detect all genomic mutations and all carriers of a condition. Genetic variation that are not associated with the purpose of testing may not be reported with your test results.

የምርመራ ጠቀሜታዎች ሊያካትቱ የሚችሉት፦ (i) ለእርስዎ ቤተሰብ አባላቶችዎ የጤና እንክብካቤ ውሳኔዎችን ለማድረግ ያለመ ተጨማሪ መረጃ፤ (ii) በምርምር ጥናቶች ውስጥ የመመዝገብ እድል። ምርመራው ሊያስከትለው የሚችሉት አደጋዎች የሚያካትቱት፦ (i) ስለ ምርመራው ጭንቀት፤ (ii) የእርስዎን ቲሹ ወይም የደም ናሙና ሲሰጡ መጠነኛ የሆነ ምቾት የማጣት ስሜት፤(iii) በእርስዎ የምርመራ ውጤቶች ላይ የተመሰረተ መገለል (አንዳንድ የፌዴራል እና የስቴት ህጎች ከዘረመል መገለል አንዳንድ ጥበቃዎችን ቢያቀርቡም፣ እነዚህ ህጎች በሁሉም ሁኔታዎች ውስጥ አይተገበርም። www.genome.gov/10002328 ድረ ገጽ በመጎብኘት ጄኔቲክ መረጃን ስለሚከላከለው የጄኔቲክ አድልዎ የመከላከል የፌዴራል ሕግ መረጃ ማግኘት ይችላሉ።)፤ እና (iv) ፍቃድ ባልተሰጠው መዳረሻ ምክኛት የእርስዎ ግላዊ መረጃ ሚስጥራዊነትን ማጣት (የእርስዎን ግላዊ መረጃ ለመጠበቅ Caris ምክንያታዊ የሆኑ ጥበቃዎችን ይተገብራል ነገር ግን የዚህን መረጃ ሚስጥራዊነት ማረጋገጫ ዋስትና አይሰጥም)። ገደቦች፦ Caris የጄኖሚክ ምርመራ(ዎች) ሁሉንም የጄኖሚክ mutations እና ሁሉንም የሁኔታዎች ተሸካሚዎችን እንደሚለይ ማረጋገጫ ወይም ዋስትና አይሰጥም። ከምርመራ አላማ ጋር ያልተሳሰረ የዘር ልዩነት ከእርስዎ የምርመራ ውጤቶች ጋር ሪፖርት ላይደረግ ይችላል።

Confidentiality, Sample/Data Retention, Use, and Sharing
ሚስጥራዊነት፣ የናሙና/የውሂብ አያያዝ፣ መጠቀም እና ማጋራት

You have the right to confidential treatment of your sample(s), genomic information, and other health data in accordance with applicable law. The physician who ordered your test, their staff and affiliates, and third parties as your physician requests may have access to your sample and test results. Caris personnel and others working for Caris may receive your sample, perform testing or have access to your health data and test results. Caris may store, use, and disclose your sample(s), genomic information, and other health data, both internally and to third parties, as permitted by law for regulatory compliance purposes, reimbursement purposes, quality assurance or improvement, operational activities, validation studies, research, product development, or in publications. Caris may also use your information to identify and contact your physician about clinical trials or other research opportunities. Your samples and data will be stored indefinitely. Caris will de-identify or anonymize the sample(s), genomic information, and other health data to the extent required by law. Third parties that may receive your sample(s), genomic information, and other health data may include non-profit, commercial, or governmental entities such as academic researchers, universities, hospitals, laboratories, and life science, insurance, pharmaceutical, and other companies. If these activities result in commercial products or compensation of any sort, proceeds will not be shared with you or your family, even if your sample(s), genomic information, and other health data are used. You can learn more about Caris's privacy practices, including information about how de-identified sample(s), genomic information, and other health data may be commercially used and shared in or out of the United States, by visiting www.CarisLifeSciences.com/privacy-us.

በተገቢው ሕግ መሠረት የናሙናዎ(ዎችዎ)፣ የጂኖሚክ መረጃዎ እና ሌሎች የጤና ውሂብዎን በሚስጥር የመያዝ መብት አለዎት። የእርስዎን ምርመራ ያዘዘው ዶክተር፣ ሰራተኞቹ እና አብረው የሚሰሩ አጋሮች እንዲሁም ሶስተኛ ወገኖች የእርስዎን ናሙና እና የምርመራ ውጤቶች ሊያገኙ ይችላሉ። የCaris ሰራተኞች እና ሌሎች ለCaris የሚሰሩ ሰዎች የእርስዎ ናሙናዎችን ሊቀበሉ፣ ምርመራዎችን ሊያከናውኑ ወይም የእርስዎን የጤና ውሂብ እና የምርመራ ውጤቶችን ሊየገኙ ይችላሉ። Caris በህጉ እንደሚፈቀደው በውስጥ እና በሶስተኛ ወገኖች ለቁጥጥር ተገዥነት አላማዎች፣ ለአላማዎች ማካካሻ፣ ለጥራት ማረጋገጫ ወይም ማሻሻያ፣ ለክንውን እንቅስቃሴዎች፣ ለማረጋገጫ ጥናቶች፣ ለምርምር፣ ለምርት ዕድገት ወይም ለህትመቶች ናሙና(ዎችን)፣ የጄኖሚክ መረጃዎችን እና ሌሎች የጤና ውሂብ ሊያከማች፣ ሊጠቀም እና ይፋ ሊያደርግ ይችላል። እንዲሁም Caris ስለ ክሊኒካዊ ሙከራዎች ወይም ስለ ሌሎች የምርምር ዕድሎች ሐኪምዎን ለይቶ ለማወቅና ለማነጋገር መረጃዎን ሊጠቀም ይችላል። የእርስዎ ናሙናዎች እና ውሂብ ላልተወሰነ ጊዜ ሊቀመጡ ይችላሉ። Caris የናሙናዎችን፣ የጂኖሚክ መረጃዎችን እና ሌሎች የጤና መረጃዎችን በሕግ በሚጠየቀው መጠን ማንነታቸውን ያጠፋሉ ወይም ማንነታቸውን ይለውጣል። የእርስዎን ናሙና(ዎች)፣ የጄኖሚክ መረጃ እና ሌላ የጤና ውሂብ ሊቀበሉ የሚችሉ ሶስተኛ ወገኖች ሊያካትቱ የሚችሉት እንደ አካዳሚክ ተመራማሪዎች፣ ዩኒቨርሲቲዎች፣ ሆስፒታሎች፣ ላብራቶሪዎች እና የህይወት ሳይንስ፣ ኢንሹራንስ፣ ፋርማሲዩቲካል እና ሌሎች ኩባንያዎች አይነት ትርፋማ ያልሆኑ፣ የንግድ ወይም የመንግስት ተቋማትን ነው። እነዚህ እንቅስቃሴዎች የንግድ ምርቶችን ወይም ማንኛውንም ዓይነት ካሳ የሚያስገኙ ከሆነ ምንም እንኳን የእርስዎ ናሙናዎች፣ ጂኖሚክ መረጃ እና ሌሎች የጤና መረጃዎች ጥቅም ላይ ቢውሉም ከእርስዎ ወይም ከቤተሰብዎ ጋር አይጋራም። ስላልተለዩ ናሙና(ዎች)፣ የዘር መረጃ እና ሌላ የጤና ውሂብ እንዴት ለንግድ እንደሚውል እና ከዩናይትድ ስቴትስ ውስጥ እና ውጪ እንደሚጋራ ተጨማሪ መረጃዎችን ጨምሮ ስለ Caris የግላዊነት ልምዶች www.CarisLifeSciences.com/privacy-us ላይ በመጎብኘት የበለጠ ማወቅ ይችላሉ።

[1] Certain pharmacogenomic results that are not associated with cancer predisposition may be reported even if this box is checked.
[1] ከካንሰር ተጋላጭነት ጋር ግንኙነት የሌላቸው የተወሰኑ የፋርማኮጂኖሚክስ ውጤቶች፣ ይህ ሣጥን ምልክት ቢደረግበትም እንኳ ሪፖርት ሊደረጉ ይችላሉ።

Caris MPI, Inc. d/b/a Caris Life Sciences ©2025 Caris MPI, Inc. All rights reserved. MAT-MP-000072 13 AUG 2025

Patient Consent for Molecular Profiling – Nevada (Page 3)

ለሞሎኪውላር ፕሮፋይሊንግ የታካሚ ስምምነት – ኔቫዳ (ገጽ 3)

CARIS LIFE SCIENCES

PATIENT CONSENT የታካሚ ስምምነት

By signing below:
ከታች በመፈረም:-

I acknowledge that I have read and understand the information provided in this form, discussed the reliability of positive or negative test results and the level of certainty that a positive test result for a disease or condition serves as a predictor of such disease or condition with my physician, and received an opportunity to ask questions, which have been answered to my satisfaction. I voluntarily consent to performance of the test by Caris and to the collection, use, retention, maintenance, and disclosure of my sample(s), genomic information, and other health data as described in this form, including to contact me about potential research opportunities for which I may be eligible. I understand and authorize Caris to obtain payment for testing, authorize Caris to act on my behalf regarding the determination, denial and/or any necessary appeal relating to coverage of the services provided by Caris, and I assign all health insurance benefits and reimbursement under my health insurance plan (including Medicare and Medicaid) to Caris. In the event that I do not have insurance, I understand Caris Billing will reach out to me to discuss financial assistance options, and I understand if I do not qualify, I will be invoiced for the test. I authorize Caris and third-party payors to release any of my protected health information for the purpose of resolving my claim and/or appeal. I understand that I may contact Caris at any time to revoke my consent to the retention of my sample(s), genomic information, and other health data. However, my revocation will not have any effect on the following: (i) any sample(s), genomic information, and other health data that has been de-identified and cannot be readily traced back to me; (ii) any use or sharing of sample(s), genomic information, and other health data that has already occurred, or (iii) to the extent Caris must retain the sample(s), genomic information, and other health data to comply with applicable law. I consent and authorize Caris (and its agents, contractors and others acting on its behalf) to place calls or send text messages to me, including those involving a pre-recorded or artificial voice, or placed using any kind of automatic telephone dialing system or other automated system for placing calls or sending texts, to any of the numbers I or my physician provide to Caris. If I am signing on behalf of the patient, I further certify that I have legal authority to consent on behalf of the patient.

በዚህ ቅጽ ላይ የቀረበውን መረጃ እንዳነበብኩ እና እንደተረዳሁ፣ የፖዘቲቭ ወይም ኒጌቲቭ የምርመራ ውጤቶች አስተማማኝነትን እና ለበሽታ ወይም ለጤና እክል ጠቋሚ ሆኖ የሚያገለግል ፖዘቲቭ የምርመራ ውጤት ከእኔ ዶክተር ጋር እንደተወያየሁ እና ጥያቄዎችን ለመጠየቅ እድል እንዳገኘው እንዲሁም ለኔ በአጥጋቢ ሁኔታ እንደተመለሰልኝ እውቅና እሰጣለሁ። በዚህ ቅጽ ውስጥ እንደተገለጸው፣ እኔ ብቁ ስለሆንኩበት ሊሆኑ ስለሚችሉ የምርምር ዕድሎች እኔን ማነጋገርን ጨምሮ፣ በፈቃደኝነት በCaris ለምርመራው አፈጻጸም እንዲሁም ናሙና(ዎቼን)፣ የጂኖሚክ መረጃዎችን እና ሌሎች የጤና መረጃዎችን ለመሰብሰብ፣ ለመጠቀም፣ ለማቆየት፣ ለመደገፍ እና ለመግለጽ ተስማምቻለሁ። Caris ለምርመራው ክፍያ እንዲያገኝ ፍቃዴን እሰጣለሁ፣ ከCaris የሚሰጡ አገልግሎቶች ሽፋን ጋር በተያያዘ አስፈላጊ የሆነውን አቤቱታ በመወሰን፣ በመከልከል እና/ወይም ማንኛውንም አቤቱታ በመወከል በእኔ ስም እንዲሠራ ፍቃዴን እሰጣለሁ እናም የጤና ኢንሹራንስ ጥቅማ ጥቅማ ጥቅሞችን እና በጤና ኢንሹራንስ እቅዴ (Medicare እና Medicaidን ጨምሮ) Carisን እወክላለው። የኢንሹራንስ ዋስትና በሌለኝ ጊዜ፣ የCaris Billing ስለ የገንዘብ ድጋፍ አማራጮች እኔን እንደሚያነጋግረኝ እረዳለሁ፤ እንዲሁም ለድጋፉ ብቁ ካልሆንኩ ለምርመራው ክፍያ እንደሚጠየቅብኝ ተረድቻለሁ። Caris እና የሶስተኛ ወገን ከፋዮች ለይገባኛል ጥያቄዬ እና/ወይም አቤቱታ አላማ ማናቸውን ሚስጥራዊ የጤና መረጃዬን እንዲለቁ ፍቃድ እሰጣለሁ። የናሙናዎቼ (ቶች)፣ የጂኖሚክ መረጃዬ እና ሌሎች የጤና መረጃዎቼ እንዲቀመጡ የሰጠሁትን ስምምነት በማንኛውም ጊዜ ለመሰረዝ ካሪስን ማነጋገር እንደምችል ተረድቻለሁ። ይሁን እንጂ፣ የማደርገው መሻር በሚከተሉት ላይ ምንም አይነት ውጤት አይኖረውም:- (i) ማንኛውም ናሙና(ዎች)፣ የዘር እረጃ እና ሌሎች ማንነታቸው የማይታወቁ እና ወደኔ ተመልሰው ሊጠቁሙ የማይችሉ የጤና ውሂብ፤ (ii) ማናቸውም የናሙና(ዎች) አጠቃቀም እና ማጋራት፣ የዘር መረጃ እና ሌሎች አስቀድመው የተከሰቱ የጤና ውሂብ ወይም (iii) Caris ናሙናውን(ዎችን)፣ የዘር መረጃን እና ሌሎች ከሚመለከተው ህግ ጋር የሚያከብሩ የጤና ውሂብ መያዝ እስካለበት ደረጃ ድረስ። Caris (እና ወኪሎቹ፣ ስራ ተቋራጮች እና ሌሎች ወኪሎቻቸው) እንዲደውሉልኝ ወይም የጽሑፍ መልእክት እንዲልኩልኝ ፈቅጃለሁ፣ ይህም ማለት ቀድሞ የተቀዳ ወይም አርቲፊሻል ድምጽን ጨምሮ፣ ወይም በማንኛውንም አይነት አውቶማቲክ የስልክ መደወያ ስርዓት ወይም ማንኛውም አይነት አውቶማቲክ ስርዓት በመጠቀም እኔ ወይም ሀኪሜ ለCaris ለሚያቀርቧቸው ማናቸውም ቁጥሮች ጥሪ ለማድረግ ወይም አጭር የጽሁፍ መልክት ማድረግን ያካትታል። እኔ በታካሚው ስም የምፈርም ከሆነ፣ በታካሚው ስም የመስማማት ህጋዊ ስልጣን እንዳለኝ በተጨማሪ አረጋግጣለሁ።

NEVADA CONSENT FOR OBTAINING, RETAINING OR DISCLOSING GENETIC INFORMATION
የዘረ-መል መረጃ ለማግኘት፣ ይዞ ለማቆየት ወይም ለመግለጽ የኔቫዳ የፈቃድ ስምምነት

As used in this document, "genetic information" means any information that is obtained from a genetic test.
በዚህ ሰነድ ውስጥ እንደተጠቀምነው፣ "የዘረ-መል መረጃ" ማለት ከዘረ-መል ምርመራ የተገኘ ማንኛውም መረጃ ማለት ነው።

1. I understand that no insurer or corporation that provides health insurance, carrier serving small employers or health maintenance organization may: (a) require me or any member of my family to take a genetic test; (b) require me to disclose whether I or any member of my family has taken a genetic test; (c) request my genetic information or the genetic information of a member of my family; or(d) determine the rates or any other aspect of the coverage or benefits for health care for me or my family based on whether I or any member of my family has taken a genetic test or based on my genetic information or the genetic information of any member of my family.

1. አነስተኛ ቀጣሪዎችን ወይም የጤና ድርጅትን የሚያቀርብ ማንኛውም ኢንሹራንስ ወይም ኮርፖሬሽን፣ አነስተኛ ቀጣሪዎችን ወይም የጤና ጥበቃ ድርጅትን የሚያገለግል አጓጓዥ:- (ሀ) እኔ ወይም ማንኛውም የቤተሰቤ አባል የዘረ-መል ምርመራ እንድናደርግ ሊጠይቀን እንደሚችል፤ (ለ) እኔ ወይም ማንኛውም የቤተሰቤ አባል የዘረ-መል ምርመራ አድርገን እንደሆነ እንድናሳውቅ ሊጠየቀን እንደሚችል፤ (ሐ) የዘረ-መል መረጃዬን ወይም የቤተሰቤን አባል የዘረ-መል መረጃ ሊጠይቅ እንደሚችል፤ ወይም (መ) እኔ ወይም ማንኛውም የቤተሰቤ አባል የዘረ-መል ምርመራ አድርገን ወይም በዘረ-መል መረጃችን ላይ ተመሥርቶ ለጤና እንክብካቤ የሚሆን የሽፋን ወይም የሚያስገኘውን ማንኛውንም ሌላ ገጽታ ለመወሰን እንደሚችል እገነዘባለሁ።

Caris MPI, Inc. d/b/a Caris Life Sciences ©2025 Caris MPI, Inc. All rights reserved. MAT-MP-000072 13 AUG 2025

Patient Consent for Molecular Profiling – Nevada (Page 4)

ለሞሎኪውላር ፕሮፋይሊንግ የታካሚ ስምምነት – ኔቫዳ (ገጽ 4)

2. I also understand that:
2. በተጨማሪም፣ የሚከተሉትን እገነዘባለሁ፦

(a) I have the right to receive the results of a genetic test, in writing, within 10 working days after the person conducting the test has received the results. The written results must indicate that, except as otherwise provided in Chapter 629 of the Nevada Revised Statutes, my genetic information may not be obtained, retained or disclosed without first obtaining my informed consent.

(ሀ) ምርመራውን የሚያካሂደው ሰው ውጤቱን ካገኘ በኋላ በ10 የሥራ ቀናት ውስጥ የዘረ-መል ምርመራ ውጤትን በጽሁፍ የመቀበል መብት እንዳለኝ። በኔቫዳ የተሻሻለው አዋጅ አንቀጽ 629 ውስጥ ከተደነገገው ሁኔታ በስተቀር፣ በጽሑፍ የሰፈሩት ውጤቶች የኔ በመረጃ የተደገፈ የፈቃድ ስምምነት በቅድሚያ ሳይገኝ የዘረ-መል መረጃዬ ሊገኝ፣ ሊጠበቅ ወይም ሊገለፅ እንደማይችል ማመላከት አለበት።

(b) It is unlawful for a person or entity to obtain my genetic information without my informed consent, unless the information is obtained: (1) by a federal, state, county or city law enforcement agency to establish the identity of a person or a dead human body; (2) to determine the parentage or identity of a person in certain circumstances; (3) to determine the paternity of a person in certain circumstances; (4) for use in a study where the identities of the persons from whom the genetic information is obtained are not disclosed to the person conducting the study; (5) to determine the presence of certain inheritable disorders in an infant in certain circumstances; or (6) Pursuant to an order of a court of competent jurisdiction.

(ለ) መረጃው የተገኘው፦ (1) የአንድን ሰው ወይም አስከሬን ማንነት ለማረጋገጥ በፌዴራል፣ በክልል ወይም በከተማ ሕግ አስከባሪ ድርጅት፤ (2) በአንዳንድ ሁኔታዎች ውስጥ የአንድን ሰው ወላጅነት ወይም ማንነት ለማወቅ፤ (3) በአንዳንድ ሁኔታዎች ውስጥ የአንድ ግለሰብን ወላጅነት ወይም ማንነት ለማወቅ (4) የዘረ-መል መረጃው የተገኘባቸው ሰዎች ማንነት ጥናቱን ለሚመራው ግለሰብ ባልተገለጠበት ጥናት ውስጥ ጥቅም ላይ እንዲውል፤ (5) በአንዳንድ ሁኔታዎች በህጻን ልጅ ውስጥ አንዳንድ በዘር ሊወረሱ የሚችሉ የጤና እክሎች መኖራቸውን ለማወቅ፤ ወይም (6) ስልጣን ያለው ፍርድ ቤት በሚሰጠው ትእዛዝ መሠረት ካልሆነ በስተቀር፣ ማንኛውም ሰው ወይም ድርጅት በመረጃ የተደገፈ የፈቃድ ስምምነቴ ሳይኖረው የእኔን የዘረ-መል መረጃ ማግኘት ሕገ-ወጥ ነው።

(c) It is unlawful for a person to retain genetic information that identifies me without first obtaining my informed consent, unless retention of the genetic information is: (1) necessary to conduct a criminal investigation, an investigation concerning the death of a person or a criminal or juvenile proceeding; (2) authorized pursuant to an order of a court of competent jurisdiction; or (3) necessary for certain medical facilities to maintain my medical records.

(ሐ) መረጃው የሚወሰደው፦ (1) የወንጀል ምርመራ ለማካሄድ፣ የሰውን ሞት በተመለከተ መርመራ ለማድረግ ወይም ለወንጀል ወይም ለወጣት ጥፋተኞች የፍርድ ቤት ሒደት አስፈላጊ ካልሆነ በስተቀር፤ (2) ስልጣን ባለው ፍርድ ቤት በሚሰጠው ትእዛዝ መሰረት፤ ወይም (3) የተወሰኑ የሕክምና ተቋማት የሕክምና መረጃዎቼን እንዲያስቀምጡ አስፈላጊ ካልሆነ በስተቀር፣ አንድ ሰው በመረጃ የተደገፈ የፈቃድ ስምምነቴ ሳይኖረው የእኔን የዘረ-መል መረጃ መውሰድ ሕገ ወጥ ነው።

(d) If I have authorized a person to retain my genetic information, I may request that the person destroy the genetic information. Such a person shall destroy the information, unless retention of the information is: (1) necessary to conduct a criminal investigation, aninvestigation concerning the death of a person or a criminal or juvenile proceeding; (2) authorized by an order of a court of competent jurisdiction; (3) necessary for certain medical facilities to maintain my medical records; or (4) authorized or required by state or federal law.

(መ) አንድ ሰው የዘረ-መል መረጃዬን እንዲወስድ ከፈቀድኩ፣ ግለሰቡ የዘረ-መል መረጃውን እንዲያጠፋው ልጠይቀው እችላለሁ። መረጃው የሚወሰደው፦ (1) የወንጀል ምርመራ ለማካሄድ፣ የሰውን ሞት በተመለከተ መርመራ ለማድረግ ወይም ለወንጀል ወይም ለወጣት ጥፋተኞች የፍርድ ቤት ሒደት አስፈላጊ ካልሆነ በስተቀር፤ (2) ስልጣን ባለው ፍርድ ቤት በሚሰጠው ትእዛዝ መሰረት፤ ወይም (3) የተወሰኑ የሕክምና ተቋማት የሕክምና መረጃዎቼን እንዲያስቀምጡ አስፈላጊ ካልሆነ በስተቀር፤ ወይም በግዛት ወይም በፌዴራል ሕግ ካልተፈቀደ ወይም (4) ካልተገደደ በስተቀር፣ ግለሰቡ መረጃውን ማጥፋት አለበት።

(e) Except as otherwise provided by federal law or regulation, a person who obtains my genetic information for use in a study shall destroy the information upon completion of the study or my withdrawal from the study, whichever occurs first, unless I authorize the person conducting the study to retain my genetic information after the study is completed or upon my withdrawal from the study.

(ሠ) በፌዴራል ሕግ ወይም ደንብ በሌላ መልኩ ካልተደነገገ በስተቀር፣ በጥናት ውስጥ ጥቅም ላይ የዋለውን የዘረ መል መረጃዬን ያገኘ ሰው ጥናቱ ከተጠናቀቀ በኋላ ወይም እኔ ከጥናቱ ስወጣ፣ የትኛቸውም ቀድመው ቢከሰቱ፣ ጥናቱን የሚመራው ግለሰብ ጥናቱ ከተጠናቀቀ በኋላ ወይም ከጥናቱ ከወጣሁ በኋላ የዘረ-መል መረጃዬን እንዲያስቀምጥ ካልፈቀድኩ በስተቀር መረጃዬን ያጠፋል።

(f) It is unlawful for a person to disclose or to compel another person to disclose my identity if I was the subject of a genetic test or to disclose to another person genetic information that allows the other person to identify me without first obtaining my informed consent, unless the information is disclosed: (1) to conduct a criminal investigation, an investigation concerning the death of a person or a criminal or juvenile proceeding; (2) to determine the parentage or identity of a person in certain circumstances; (3) to determine the paternity of a person in certain circumstances; (4) pursuant to an order of a court of competent jurisdiction; (5) by a physician after I am deceased and my genetic information will assist in the medical diagnosis of persons related to me by blood; (6) to a federal, state, county or city law enforcement agency to establish the identity of a person or dead human body; (7) to determine the presence of certain inheritable preventable disorders in an infant in certain circumstances; or (8) by an agency of criminal justice in certain circumstances.

4610 South 44th Place, Phoenix, AZ 85040 / (888) 979-8669 / FAX:(866) 479-4925 / CLIA 03D1019490 / CAP 7195577 / ISO 13485:2016 / ISO 15189:2022
4415 Cotton Center Boulevard, Suite 100, Phoenix, Arizona 85040 / (888) 979-8669 / Fax: (866) 479-4925 / CLIA 03D2210981 / CAP 9536852 / ISO151589:2022
Caris MPI, Inc. d/b/a Caris Life Sciences ©2025 Caris MPI, Inc. All rights reserved. MAT-MP-000072 13 AUG 2025

Patient Consent for Molecular Profiling – Nevada (Page 5)

ለሞሎኪውላር ፕሮፋይሊንግ የታካሚ ስምምነት – ኔቫዳ (ገጽ 5)

(ረ) መረጃው የሚገለጸው፦ (1) የወንጀል ምርመራ ለማካሄድ፣ የሰውን ሞት በተመለከተ መርመራ ለማድረግ ወይም ለወንጀል ወይም ለወጣት ጥፋተኞች የፍርድ ቤት ሒደት አስፈላጊ ካልሆነ በስተቀር፤ (2) በተወሰኑ ሁኔታዎች ውስጥ የአንድን ሰው ወላጅነት ወይም ማንነት ለመወሰን፤ (3) በተወሰኑ ሁኔታዎች ውስጥ የአንድን ሰው አባትነት ለመወሰን፤ (4) ስልጣን ያለው ፍርድ ቤት በሚሰጠው ትእዛዝ መሰረት፤ ወይም (5) በሐኪም ከሞትኩ በኋላ የዘረ መል መረጃዬ ከኔ ጋር በስጋ የሚዛመዱ ሰዎችን ሕመም ለመለየት የሚያግዝ በመሆኑ በሐኪም፤ (6) የአንድን ሰው ወይም የአስከሬን ማንነትን ለማረጋገጥ ለፌዴራል፣ ለግዛት፣ ለካውንቲ ወይም ለከተማ ሕግ አስከባሪ አካል፤ (7) በአንዳንድ ሁኔታዎች መከላከል የሚቻሉ አንዳንድ የጤና እክሎች በህጻን ልጅ ውስጥ መኖራቸውን ለማወቅ፤ ወይም (8) በአንዳንድ ሁኔታዎች በወንጀል ፍትሕ ላይ በሚሰራ ድርጅት ካልሆነ በስተቀር፣ የዘረ መል ምርመራ ከተደረገብኝ በመረጃ የተደገፈ የፈቃድ ስምምነቴ ሳይኖረው የእኔን ማንነት ማሳወቅ ወይም የእኔን የዘረ መል መረጃ ለሌላ ሰው በማጋራት ሌላውም ሰው የእኔን ማንነት እንዲያውቅ ማድረግ ሕገ-ወጥ ነው።

I, ________________________________ (name of person giving consent), hereby give my consent to Caris to obtain my genetic information;

እኔ፣ ________________________________ (የፈቃድ ስምምነት የሚሰጥ ሰው ስም)፣ Caris የዘረ-መል መረጃዬን እንዲያገኝ የፈቃድ ስምምነቴን እሰጣለሁ፤

I, ________________________________ (name of person giving consent), hereby give my consent to Caris to retain my genetic information; and

እኔ፣ ________________________________ (የፈቃድ ስምምነት የሚሰጥ ሰው ስም)፣ Caris የዘረ-መል መረጃዬን ይዞ እንዲያቆይ የፈቃድ ስምምነቴን እሰጣለሁ፤ እንደዚሁም

I, ________________________________ (name of person giving consent), hereby give my consent to Caris to disclose my genetic information to the health care provider who ordered my test at the address identified on the test requisition and to my health plan/insurance carrier and its authorized representatives as necessary for reimbursement purposes.

እኔ፣ ________________________________ (የፈቃድ ስምምነት የሚሰጥ ሰው ስም)፣ ገንዘብ ተመላሽ ለማድረግ ዓላማ ሲባል Caris የእኔን የዘረ-መል መረጃ ምርመራዬን ላዘዘው የጤና ጥበቃ ባለሙያ በምርመራው መጠየቂያ ላይ በተገለጸው አድራሻ እና ለጤና እቅድሜ/ኢንሹራንስ አቅራቢዬ እና ለተፈቀደላቸው ተወካዮቻቸው እንዲገልጽ የፈቃድ ስምምነቴን ሰጥቻለሁ።

By signing below, I also acknowledge that I have read, understand, and agree to each statement on the preceding page of this form.

ከዚህ በታች በመፈረም፣ በዚህ ቅጽ ቀደምት ገጽ ላይ ያለውን እያንዳንዱን መግለጫ እንዳነበብኩ፣ እንደተረዳሁ እና እንደተስማማሁ እውቅና እሰጣለው።

This consent document is valid until ______________________ (date of expiration). If no date is provided, this consent document will not expire.

ይህ የፈቃድ መስጫ ሰነድ የሚያገለግለው እስከ ____________________ (የሚያበቃበት ቀን) ድረስ ነው። ቀን ካልተገለጸ፣ ይህ የፈቃድ መስጫ ሰነድ የአገልግሎት ዘመኑ አያበቃም ማለት ነው።

If the person tested is unable to sign, please indicate the reason here: ________________________________

____

የተመረመረው ሰው ለመፈረም ካልቻለ፣ እባክዎ ምክንያቱን እዚህ ይጥቀሱ፦ ________________________________

____

Signature of consenting person or his or her legal representative: ____________________ Date: ____________
የፈቃድ ስምምነት የሰጠው ሰው ወይም ሕጋዊ ወኪሉ ፊርማ፦ ቀን፦

Witness: ________________________________ Date: ____________
ምስክር፦ ቀን፦

Caris MPI, Inc. d/b/a Caris Life Sciences ©2025 Caris MPI, Inc. All rights reserved. MAT-MP-000072 13 AUG 2025