



MBGENLAB

Prof. Dr. Muhterem BAHÇE

Genetik
Hastalıklar Tanı
Merkezi

Atatürk Bulvarı No: 231 | 7 Kavaklıdere | ANKARA ✉
T: 0312 428 13 44 - 428 13 30 F: 0312 428 13 18 ☎
info@genlab.gen.tr @
www.genlab.gen.tr 🌐

TEST İSTEM FORMU

HASTA BİLGİLERİ

Adı- Soyadı:	Cinsiyeti: E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	Yaş:	Baba Adı:
Adres:			
Gönderen Doktor/ Merkez:			
Telefon:	GSM:	Faks:	
Gebelik Bilgileri: Gebelik Sayısı:	Doğum Sayısı:	Düşük / Küretaj:	
Gebelik Haftası:			

TEST LİSTESİ

	Kromozom	FISH
<input type="checkbox"/> Amnion Sıvısı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Koryon Villus Biyopsi Materyali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kordon Kanı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Periferik kan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cilt Biyopsi Materyali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Düşük Materyali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kemik İliği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> BCR / ABL Translocation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MLL Translocation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PML / RARA Translocation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> TEL/ AML Translocation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> IGH / FGFR Translocation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Faktör V Leiden Mutasyonu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MTHFR Mutasyonu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Faktör II (Protrombin 20210 A) Mutasyonu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Y Mikrodelesyon Analizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sperm Anöploid Analizi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diğer.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alındığı Tarih:..... Saat:.....

PRENATAL ENDİKASYONLAR

- Yaş Riski
 - Tarama Testinde Yüksek Risk
 - Kromozom Anomalisi
 - Translokasyon Taşıyıcılığı
 - USG'de Anomali
 - Diğer.....
- Bulgu:

POSTNATAL ENDİKASYONLAR

- Translokasyon Taşıyıcılığı
- Gebelik Kayıpları
- Kız Çocukta Açıklanmayan Kısa Boy
- İnfertilite
- Belirsiz Cinsiyet
- Kongenital Anomaliler
- Mental Retardasyon
- Diğer.....

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Bu form, aşağıda belirtilen analizlerin kendime ve / veya çocuğuma/ doğmamış çocuğuma yapılmasını talep ettiğim; merkeze bu konuda serbest iradem ile tam izin, yetki ve onay verdiğim; aile bilgilerimi tam ve doğru olarak verdiğim; belirtilen hususları tam olarak anladığımı beyan ederim. Benim / çocuğum / doğmamış çocuğum için yapılacak genetik analizlerin bütün genetik hastalıkları kapsamadığını, analiz sonucunda ileri bir genetik tetkike gerek duyulabileceğini anlıyorum. Yapılacak genetik çalışmalarda, materyalin uygun olmaması, ilaç kullanımı, hücrenel faktörler ya da laboratuvar kaynaklı kültür başarısızlığı ve sonuç verilmemesi gibi nadiren ortaya çıkabilecek riskleri, ayrıca doğum öncesi tanı amaçlı materyaller içerisinde anneye ait kan ve doku parçaları bulunması halinde yanlış negatif / pozitif sonuç verilebileceği ihtimalleri olduğunu anlıyorum ve kabul ediyorum. Örneğimin bilimsel araştırma test doğrulama ve eğitim amacı ile kullanılmasına, süresiz olarak saklanmasına, kimliğimin saklı kalmak koşulu ile izin veriyorum. Bu izni herhangi bir zamanda laboratuvar mesul müdürü ile görüşerek geri alabileceğimi anlıyorum.

Test sonucumun doktora gönderilmesine izin veriyorum.

Hasta Adı Soyadı

Şahit

Doktor

