

GENETİK TEST İSTEM FORMU

Hasta-Adı Soyadı	E K	Hasta-TC Kimlik No	Hasta-Doğum Tarihi (G.A.Y)	Hasta-Telefon No
Eş-Adı Soyadı		Eş-TC Kimlik No	Eş-Doğum Tarihi (G.A.Y)	Eş-Telefon No
Anne-Adı Soyadı		Anne-TC Kimlik No	Anne-Doğum Tarihi (G.A.Y)	Anne-Telefon No
Baba-Adı Soyadı		Baba-TC Kimlik No	Baba-Doğum Tarihi (G.A.Y)	Baba-Telefon No

E-posta (Rapor vb. gönderi için)

Hasta-Adresi

Doktor-Adı Soyadı	Doktor-Telefonu	Doktor-Eposta	Doktorun-Kurumu
-------------------	-----------------	---------------	-----------------

İSTENEN TESTLER:

NUMUNE TÜRÜ :	EDTA'lı Kan	Heparinli Kan	Amniyon Sıvısı	Düşük Materyali	Koryonik Villus Örneği
Miktarı	Parafin Blok	Diğer:		Alım Tarihi ve Saati :	
				Kabul Tarihi ve Saati :	

TEST NEDENİ :	Tanı	Taşıyıcı Araştırması	Aile Taraması
Diğer :			
Klinik ve Laboratuvar Bulguları:			
Aile Hikayesi (Ailedeki diğer hasta kişilerin isimleri ve akrabalık çeşidi dahil) :			
Ailedeki Diğer Hastalıklar :			
Anne-Baba Akrabalığı:	Akrabalık var	Anne-Baba aynı Köy/Kasabadan	Net Değil
Diğer Notlar:			

>> "**BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU**" ikinci sayfadadır. Lütfen eksiksiz doldurunuz.

Doğacak olan bebeğimde ve/veya kendimde hastalığı olup olmadığını anlaşılması için işleminin yapılması gerektiği ve işlem hakkındaki bilgiler bana anlatıldı. Bu bilgiler ışığında işleminin yapılmasını onaylıyorum.

ÖNEMLİ NOTLAR :

Merkezimizde yapılmasını istediğiniz genetik testin "**YAKLAŞIK**" raporlama süresi size iletilmiştir. Bu süre teknik nedenlerle **UZAYABİLİR**. Nadiren olsa yeniden örnek istememiz gerekebilir. Testten güvenilir bir sonuç elde edilebilmesi için ek testler, tekrarlayan çalışmalar gerekli olabilir.

Bu bilgiler ışığında testimin yapılmasını kabul ediyorum. Raporun;

- Tarafıma Beni gönderen Hastaneye/Merkeze Doktoruma
 Aşağıda adı geçen kişilere verilmesini/gönderilmesini kabul ediyorum.

1) 2)

Hasta Adı Soyadı (El yazısı ile) : İmza - Tarih

Eşinin Adı Soyadı (El yazısı ile) : İmza - Tarih

Doktor Kaşe - İmza :

Şahit Adı Soyadı - İmza :

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Önemli not: Zihinsel engelli kişiler, bilinci kapalı olanlar ve reşit olmayan çocuklar için bu belge velisi veya vasisi tarafından doldurulacaktır. İLETİŞİM BİLGİLERİ HASTA DOSYASINDADIR.

**HASTANIN
ADI SOYADI:**

TC KİMLİK NO:

**FORMU DOLDURANIN
ADI SOYADI:**

TC KİMLİK NO:

Tarih:

İmza:

Dikkat!

Lütfen aşağıdaki sorulara dikkatli bir şekilde yanıt veriniz.

- * Her işaretlediğiniz satırın sonuna "**Ad ve Soyadınızın ilk harflerini**" yazınız. (Elektronik ortamda gerekli değildir)
- * Bu kararlarınızın herhangi birinden, çalışmalar henüz başlamadıysa; ancak "dilekçe" ile vazgeçebilirsiniz.

YAPILACAK TESTLERLE İLGİLİ: (Hepsine onay vermek için en alttaki "TÜMÜNÜ KABUL EDİYORUM" u seçmeniz yeterlidir)

- İNTERGEN genetik testlerimi yapabilir.
- İNTERGEN örneklerimi ileride yapılacak testlerim için saklayabilir. İstersem arayıp materyalimin imha edilmesini isteyebilirim.
- İNTERGEN örneklerimi bilimsel araştırmalarda, kimliğimi açıklamadan ve benden ödeme istenmemek kaydı ile kullanabilir.
- İNTERGEN kaydedilen görüntüleri bilimsel araştırmalarda, kimliğimi açıklamadan bilimsel ve eğitsel amaçlarla kullanabilir.
- İNTERGEN verilerimi, veritabanlarında kullanabilir.

İNTERGEN sonuçlarımı, dosya şifrelenmeden e-mail(e-posta) yada diğer elektronik yollarla gönderebilir.

Aşağıdaki verilen bilgileri anladım ve kabul ediyorum.

- Testler için verilen süre **yaklaşık süredir**, daha kısa yada daha uzun sürede sonuçlarım çıkabilir.
- Testlerimin bir kısmı veya tamamı gerekli görülürse yurt içinde yada dışında diğer bir merkeze gönderilebilir.
- Kesin tanı için ek testler gerekebilir. Bunlardan ücretsiz olanlar İNTERGEN tarafından ek izin gerekmeden yapılabilir.
- Ücretli ek test gerektiğinde tarafıma bildirilecektir.
- Önerilen ek testleri yaptırmazsam tanı konulamayabilir.
- Materyalimi kargo, otobüs gibi ulaşım yolları ile gönderdiğimde, çok nadiren de olsa kargo-ulaşım şirketinden veya iklim koşullarından kaynaklanan materyal hasarı veya kaybolma riski mevcut olabileceği için istenildiğinde ikinci bir materyal/örnek göndermem veya vermem gerekebilir.
- Bazen elde edilen sonuç hastalığımın nedenini açıklamayabilir.
- Testlerden vazgeçtiğimde o ana kadar yapılan masrafları yada test bitmek üzere ise test bedelinin tamamını ödeyeceğim.
- Test ve tanı süreçlerinde İNTERGEN hekimleri tıbbi nedenler ile yada daha iyi sonuç elde etmek için gerekli yeni planlamaları yapabilir.
- İletişim bilgilerimi kontrol ettim. Değişiklikleri ileticeğim.
- Kendim ve ailem ile ilgili klinik bilgiler istenirse ileticeğim. Yanlış bilgi verirsem yanlış tanıya neden olabilir.
- Çok nadiren testlerden teknik nedenler ile hiç sonuç alınamayabilir. Bu durumda test bedelleri tarafıma ödenir. Bu durum testin tanı koyamamasını değil, testin teknik olarak sonuç vermemesini tarif etmektedir.
- İNTERGEN testlerin "tanı dışı" yasal, pratik ve psikolojik sonuçlarından sorumlu değildir.
- Her test yönteminin yanılma payı vardır.
- Bazı testlerde kullanılan bazı yöntemler (dizi analizi gibi) yasal olarak tanısız test olarak kabul edilmiş yöntemler değildir. Ancak bu tür testler sadece ülkemizde değil, tüm dünyada tanısız olarak kullanılmaktadır ve alternatifleri yoktur. Bu testler güvenilirlik düzeyleri ile bilim camialarınca kabul görmüş testlerdir.
- Testlerden elde edilen bazı veriler bilimsel yada etik nedenler ile rapor edilmeyebilir.
- Test sonuçlarım İNTERGEN kayıtlarında saklanacaktır.
- İNTERGEN her aşamada testleri iptal hakkına sahiptir.
- Yapılan analizlerde nadiren de olsa araştırılan hastalığınızdan farklı bir hastalık ile ilgili bulgular ortaya çıkabilir. Bu hastalıklar sizin hayat boyu ek takip ve tedaviler almanızı gerektirebilir. Bunlarda kesin olmayanlar hakkında, geç başlangıçlı ve tedavisi olmayanlar hakkında size bilgi verilmeyecektir. Tedavisi olanlar konusunda bilgi almak istemiyorsanız merkezimize iletmenizi rica ederiz. Tedavisi olmayanlar ile ilgili bilgi alma talebiniz varsa mutlaka bundan önce merkezimizdeki uzmanlar ile görüşmeniz gerekmektedir. Her iki konuda da merkezimizden detaylı bilgi alabilirsiniz.

TÜMÜNÜ KABUL EDİYORUM. (Yukarıdaki seçeneklerin hepsini onaylıyorum)

Materyalim İNTERGEN'de alınmadı. Aşağıdaki bilgileri anladım ve kabul ediyorum.

- Materyalin doğru alınıp alınmadığından,
- Materyalin uygun olup olmamasından,
- Diğer merkezlerde yapılan her tür bilgilendirmeden (fiyat/yöntem gibi) İNTERGEN SORUMLU DEĞİLDİR.

Ad Soyad & Tarih

İmza - (BU FORMUN BİR ÖRNEĞİNİ TESLİM ALDIM)