



TIBB B YOLOJ ANAB L M DALI
TIBB GENET K B L M DALI
TETK K STEM FORMU

| | |
|-------------------|------------|
| Doküman Kodu | DL.FR.003 |
| Yayın Tarihi | 26.02.2016 |
| Revizyon Numarası | 0 |
| Revizyon Tarihi | 0 |
| Sayfa No | 1/2 |

Ad Soyad:

Protokol No:

Doğum Tarihi:

Cinsiyet:

Klinik Tanı:

İstem Tarihi ve Saati:

Servis/Poliklinik:

Analiz Endikasyonu:

| MOLEKÜLER GENETİK TESTLERİ (SUT Kodu) | | İstenen Örnek Cinsi Miktarı (Örneklerin transferi 2-8 °C'de gerçekleşmelidir) |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> | 1 Trombofili Paneli (908.714) MTHFR C677T Mutasyonu PAI-I Mutasyonu (4G/5G) MTHFR A1298C Mutasyonu Faktör XIII Mutasyonu (V34L) Faktör II (Prothrombin) 20210 Mutasyonu Faktör V Leiden G1691A Mutasyonu | 2 adet EDTA'lı Kan (3ml x2) |
| <input type="checkbox"/> | 2 DMD (Duchenne Muscular Distrophy) Gen Mutasyonu (908.715) | |
| <input type="checkbox"/> | 3 Kromozom 5q13 Anomali Tespiti (908.715) SMN 1 Mutasyonu (Survival motor nöron-1) SMN 2 Mutasyonu (Survival motor nöron-2) | |
| <input type="checkbox"/> | 4 CFTR Gen Mutasyonu (908.714) | |
| <input type="checkbox"/> | 5 Y Kromozom Mikrodelesyon Analizi (STR Analizi) (908.740) (1-16 STR Aralığı için) | |

NOTLAR: 1) Örnekler hafta içi günlerde ve en geç saat 16.00 da ulaşacak şekilde gönderilmelidir. Söz konusu saatten sonra alınan kan örnekleri alındığı tüp içinde + 4 °C 'de bekletilerek takip eden mesai gününde laboratuvarımıza ulaştırılmalıdır. 2) Tetkik İstem Formu ile beraber getirilmeyen örnekler çalışmaya alınmazlar. 3) Bu formun eksiksiz olarak doldurulması gerekmektedir. 4) Arka sayfadaki onam formu mutlaka doldurulup imzalatılmalıdır. 5) Tetkik sonuçları 1 ay sonra verilir.

TESTİN İSTEM AMACI

Genetik Laboratuvarı Adına Kabul Eden/İmza/Kaşe

Tarih/Saat:

İstemi yapan Dr./Kurum/Görevi/Kaşe/İmza

Numune Uygun

Numune Reddedildi!

Numune Red Bildirim No:

NUMUNE RED KRİTERLERİ: 1- Yanlış (uygun olmayan) tüpe kan alınması, 2- Üzerinde isim etiketi olmaması, 3- Etiketlin tahrif edilmiş olması, 4- Tetkik istem formu bulunmaması, 5- Kanın hemolize uğraması, 6- Yeterli miktarda kan alınmaması, 7- Kan alındıktan sonra en geç 30 dakika içerisinde gönderilmeyen örnekler, 8- Dondurulmuş kan örnekleri, 9- Enfekte görünümlü örnekler, 10- Pıhtılı örnekler,

İletişim: 03442803561

MOLEKÜLER GENETİK TESTLER İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Yapılacak genetik test sadece istemi belirtilen hastalık/endikasyon için geçerlidir. Bu test sizin ve/veya doğacak çocuklarınızın tamamen sağlıklı olacağını garantilemez. Test sonuçları normal bulunsa dahi hastada genetik ya da genetik olmayan başka hastalıklar ortaya çıkabilir.

Genetik testler diğer laboratuvar testlerine oranla yeni ve gelişmekte olan testlerdir. DNA tabanlı olarak yapılan bu testlerin çoğunluğu yurtdışı kaynaklı veri tabanları esas alınarak yapılmakta ve bu hastalıkların çoğunda Türk popülasyonu için tanımlanmış mutasyon profilleri ve/veya polimorfik özellikleri bulunmamaktadır. Bu nedenlerle, tek gen hastalıklarının tanısında doğruluk çalışılan metoda, çalışana, klinik tanıya ve istenen testin doğasına göre değişebilmektedir.

Yapıları gereği oldukça karmaşık olan genetik testlerde DNA çoğalmasının sağlanamaması ve çok küçük de olsa sonucun hatalı olma olasılığı bulunmaktadır. Bireyin DNA'sında az görülen genetik varyasyonlar ya da testlerin detaylı ve çok aşamalı olmasından dolayı verilen sonuçlar % 100 doğrulukta olmayabilir. Tüm laboratuvarlar için kabul edilebilir hata oranı yaklaşık 1000 örnekte 1 olarak bilinmektedir.

DNA yeterli olmadığında ve/veya tanının konfirmasyonu gerektiğinde tekrar numune alımı gerekebilir. Belirtilen süreler normal şartlarda ortalama test sonuçlanma zamanına göre verilmektedir. Hastaya ya da laboratuvara ait faktörler nedeniyle analizler daha erken ya da daha geç sonuçlanabilir. Bu nedenle, bildirilen test süresinin tahmini olarak verildiği ve sonuç almaya gelmeden önce mutlaka telefon edilmesi gerektiği unutulmamalıdır.

Önemli not: Zihinsel özürlü kişiler, bilinci kapalı olanlar ve reşit olmayan çocuklar için bu belge velisi veya vasisi tarafından doldurulacaktır.

Yukarıdaki yazının tamamını ve anlatılan riskleri okudum, anladım. Bu bilgiler ışığında test yapılmasını onaylıyorum.

Tarih

Adı-Soyadı ve İmzası (Hasta/Velisi/Vasisi)

Doktor Kaşe ve İmzası
