

BabySEQ NIPT TEST İSTEM FORMU

Hastaya İlişkin Bilgiler

(Hekim tarafından doldurulmalıdır.)

Lütfen aşağıdaki bilgileri eksiksiz şekilde doldurunuz. Bu bilgiler test sonucunun Merkezimizce doğru bir şekilde yorumlanabilmesi için gereklidir. Bilgilerin eksik veya yanlış olması ve test sonucunda hazırlanan raporun bu nedenle hatalı olması halinde sorumluluğun Merkezimize ait olmadığını bilginize sunarız.

Hastanın Kişisel Bilgileri:

Adı Soyadı: Telefonu:
T.C. Kimlik Numarası: Adresi:
Doğum Tarihi: E-Postası:

Hastanın Eşinin Kişisel Bilgileri: (BabySEQ Rare ve BabySEQ XL testleri için eş bilgisi gereklidir.)

Adı Soyadı: Telefonu:
T.C. Kimlik Numarası: Adresi:
Doğum Tarihi: E-Postası:

Talebi Gönderen Doktorun:

Adı Soyadı: Kurumu:
Telefonu: E-Postası:

Talep Edilen Test

- ☐ Tüm Kromozomal Anöplidiler-13, 18, 21, X ve Y dahil (Temel Panel)
☐ Tüm Kromozomal Anöplidiler + Mikrodelesyonlar ve Mikroduplikasyonlar (Geniş Panel)
☐ BabySEQ Rare
☐ BabySEQ XL

Gebelik Durumu

- ☐ Tekil Gebelik
☐ Monokoryonik İkiz Gebelik
☐ Dikoryonik İkiz Gebelik

İkinci Örnek

- ☐ İkinci Örnek

Testin Talep Edilme Nedeni:

- ☐ Tarama ☐ Diğer (Açıklayınız):

Klinik ve Laboratuvar Bulguları

(Ayrılan bölüme sığmaması halinde boş bir sayfa kullanın veya hastanın epikriz formunun bir örneğini istem formuna ekleyin):

Aile Hikâyesi

(Ailedeki diğer hasta kişilerin isimleri ve akrabalık çeşidi dâhil yazılmalıdır):

Gerekli Bilgiler

(Gerekli bilgiler alanının doldurulması zorunludur. Bu bilgiler olmadan testlere başlanılmayacaktır.)

Son Adet Tarihi: Boy (cm): Doğum Sayısı:
Ultrason Tarihi: Gebelik öncesi kilo: Düşük / Ölü Doğum Sayısı:
Ultrasona Göre Gebelik Haftası: NT değeri: Doğumdan Sonra Ölüm:
☐ Doğal Gebelik ☐ IVF - Transfer Edilen Embriyo Sayısı: ☐ İnseminasyon
☐ Donör sperm/yumurta ☐ Kadında kanser öyküsü ☐ Kaybolan ikiz
☐ Mol/Plasenta anormalliği

Numune Alım Bilgileri:

Alım Tarihi ve Saati:

Miktarı:

Kabul Tarihi ve Saati (İntergen tarafından doldurulur):

Numune Nerede Alındı?:

☐ İntergen'de☐ Dış merkezde

Alınan Numune (İntergen tarafından doldurulur):

☐ Uygun☐ Uygun değildir**Diğer Önemli Notlar:****Kronik Hastalıklar:****Diğer Notlar:****Hastanın Aydınlatılması**

Biyo-Tıp Sözleşmesinin 5.maddesi, Hasta Hakları Yönetmeliğinin 18.maddesi ve TTB Hekimlik Meslek Etiği Kurallarının 26.maddesi gereğince; sağlık alanında herhangi bir müdahaleden önce hasta; müdahalenin amacı, niteliği, sonuçları, güvenilirliği ve riskleri hakkında kültürel ve sosyal düzeyine uygun olarak, sözlü, sade ve anlayabileceği şekilde bilgilendirilmeli, işleme dair rızası alınmalıdır. Lütfen hastayı tanıyan, yüz yüze gören müdahil hekim olarak hastanızı yapılacak genetik teste ilişkin bu kapsam ve gerekliliklere uygun şekilde sözlü olarak aydınlatın, Merkezimizce hazırlanan, <https://intergen.com.tr/tr/formlar> uzantısından ulaşabileceğiniz ve size bir örneği gönderilen yazılı bilgilendirme formunun bir örneğini verin, hastaya okuyup sorularını sorması için makul süre tanıyın. Hastanın tıbbi genetik uzmanlık dalı kapsamında yanıtlanması gereken ayrıntılı soruları olursa bize ulaşabilirsiniz.

Sonuçlar çıktığında, rapor doğrudan istemde bulunan hekim olarak size gönderilecektir. Eğer hasta farklı bir yolla raporun kendisine gönderimini tercih ediyorsa (Adrese kapalı zarfla kargo, e-posta vb.) hangi yöntemle gönderilmesini istediğini ve bu yolun iletişim bilgilerini **aşağıya yazın:**

DOKTOR Ad- Soyad: Tarih: İmza: Kaşe:	İNTERGEN ADINA Ad- Soyad: Tarih: İmza: Kaşe:
---	---

Bu form genetik test isteminde bulunan hekim ve İntergen arasındaki hizmet ilişkisinin hüküm ve koşullarını düzenlemektedir.

* Fotokopileri İstek Kağıdına Eklenmelidir.

☐ Ultrason Raporu ☐ İkili / Üçlü / Dörtlü Test Sonucu