

## PREİMLANTASYON GENETİK TANI (PGT) TEST İSTEM FORMU

(Bu form 3 sayfadan oluşmaktadır.)

### 1- Hastanın Tıbbi Durumu

(Ayrılan bölüme siğmaması halinde arka sayfayı kullanın veya hastanın epikriz formunun bir örneğini istem formuna ekleyin)

Bu başlıkta istenen bilgiler test sonucunun gereğince yorumlanması için gereklidir. Lütfen eksiksiz şekilde doldurunuz. Bilgilerin eksik/yanlış olması halinde test sonucunun hatalı olabileceğini ya da numunenin iade edilmek zorunda kalılabileceğini önemle hatırlatır, bu halde sorumluluğun Merkezimize ait olmayacağını bilginize sunarız.

#### Hastanın Kişisel Bilgileri

Adı ve Soyadı: E-Mail Adresi:  
T.C. Kimlik Numarası: Telefon:  
Doğum Tarihi: Adresi:

#### Hastanın Eşinin Kişisel Bilgileri

Adı ve Soyadı: E-Mail Adresi:  
T.C. Kimlik Numarası: Telefon:  
Doğum Tarihi: Adresi:

#### Talep Edilen Test (Aşağıdaki listede yok ise test ismini buraya yazınız.):

- PGT-A (Anöploidi Taraması Amaçlı)  
 PGT- SR (Translokasyon Taraması)  
 Kombine PGT (Monogenik Hastalık ve Anöploidi Taraması Amaçlı)  
 PGT-M (Monogenik Hastalık Tanısı Amaçlı)  
 PGT-HLA (HLA Tiplendirmesi Amaçlı)  
 PGT-M-HLA  
 PGT-UPD (UNİPARENTAL DİZOMİ) (Robertson tipi translokasyon taşıyıcısı eş)

#### Talebi Gönderen Doktorun:

Adı ve Soyadı: Kurumu: Telefon ve E-posta:

#### Endikasyon:

- İleri Anne Yaşı  Tekrarlayan İmplantasyon Başarısızlığı  Tekrarlayan Gebelik Kayıpları  
 Klinefelter (XXY)  Translokasyon  İnversiyon  Tek Gen Hastalığı  Diğer:

#### Özgeçmiş / Soygeçmiş:

#### Örnek Türü:

- Trofektoderm  WGA ürünü  Re- Embriyobiyopsisi

#### Biyopsi Yapılan Embriyo Sayısı:

PGT Whatsapp Danışma Hattı  
+90 552 918 95 24



## Soy Ağacı

Eşler arasında akrabalık var mı? (Uzak akrabalık ve aynı-yakın köylüyseniz belirtiniz).....

### Kadın eş için aşağıdaki bilgileri doldurunuz.

Kaç kardeşler?

Kardeşlerinde genetik bir hastalığı olan var mı?

### Kadın eşin kardeşlerinden:

Çocuğu olmayan var mı varsa (kız /erkek kardeş) belirtiniz.

Çocuğunda genetik bir hastalığı olan var mı? (Gelişme geriliği, işitme duyma kaybı, otizm gibi)

### Kadın eşin anne ve babasında:

Anne babasının herhangi bir hastalığı var mı?

Anne ve babasının kardeşleri ve onların çocuklarında herhangi bir hastalık var mı varsa belirtiniz.

### Erkek eş için aşağıdaki bilgileri doldurunuz.

Kaç kardeşler?

Kardeşlerinde genetik bir hastalığı olan var mı?

### Erkek eşin kardeşlerinden:

Çocuğu olmayan var mı varsa (kız /erkek kardeş) belirtiniz.

Çocuğunda genetik bir hastalığı olan var mı? (Gelişme geriliği, işitme duyma kaybı, otizm gibi)

### Erkek eşin anne ve babasında:

Anne babasının herhangi bir hastalığı var mı?

Anne ve babasının kardeşleri ve onların çocuklarında herhangi bir hastalık var mı varsa belirtiniz.

*Soy ağacı başlığı altındaki bilgileri doldurmanız tanı oranını arttırmak adına önemlidir. Doldurulmaması durumunda tüm soruların cevabı **normal** olarak kabul edilecektir.*

## 2- Hastanın Aydınlatılması

Biyo-Tıp Sözleşmesinin 5.maddesi, Hasta Hakları Yönetmeliğinin 18.maddesi ve TTB Hekimlik Meslek Etiği Kurallarınının 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 müdavi 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:

|  |   |
|--|---|
| <b>DOKTOR/HASTA</b><br>Ad- Soyad:<br>Tarih:<br>İmza: | <b>İNTERGEN ADINA</b><br>Ad- Soyad:<br>Tarih:<br>İmza:<br>Numune Kabul Tarih ve Saat: |
|--|---|

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

PGT Whatsapp Danışma Hattı  
+90 552 918 95 24