

PATOLOJİ TEST BİLGİLENDİRME FORMU

Bu aydınlatma metninin amacı: *(Hekim tarafından işaretlenip aşağıdaki boşluk doldurulmalıdır.)*

- Histopatolojik İnceleme** **Immunohistokimyasal Boyama** **Sitopatolojik İnceleme** **PD-L1**
 Diğer

Kapsamında yapılacak testine ilişkin sizi bilgilendirmektir. Sağlık hizmeti sunmamızdan önce bu bilgilendirmeyi yapmak ve rızanızı almak, bizim için bir yükümlülük, sizin için de bir haktır. Bu nedenle metni dikkatlice okumanızı, boşlukları doldurmanızı, test öncesi ya da sonrasında sorularınızı iletmenizi önemle rica ediyoruz.

1- Patoloji Testleri Nedir, Ne Zaman Yapılır?

Patoloji: Patoloji, organ, doku ve vücut sıvılarında oluşan, yapı ve fonksiyon değişiklikleri ve hastalıklarını inceleyen bilim dalıdır.

Histopatolojik İnceleme: Vücuttan alınan doku örneklerinin mikroskop altında incelenerek hastalıkların tanısının konulmasını sağlayan bir laboratuvar yöntemidir. Bu yöntemle, hücre yapısı ve dokular detaylı olarak analiz edilir, anormal ya da hastalıklı hücreler belirlenir. Patoloji laboratuvarlarında uzman doktorlar tarafından gerçekleştirilen bu inceleme, tanının kesinleştirilmesi için temel adımlardan biridir.

Immunohistokimyasal İnceleme: Bir dokuda özel bir proteini ya da hücreyi arama tekniğidir. Genellikle tümör hücresinin tespiti, derecelendirilmesi ve tedavilerinin planlanması gibi amaçlar için yapılır.

Sitopatolojik İnceleme: Hastalıkları hücresel düzeyde inceleyen ve teşhis eden bir patoloji dalıdır. Sitopatoloji, genellikle kanser teşhisine yardımcı olmak için, aynı zamanda bazı inflamatuvar ve enfeksiyöz durumların teşhisinde de olmak üzere, çok çeşitli vücut bölgelerini içeren hastalıkları araştırmak için yaygın olarak kullanılır.

PD-L1: Tümör dokusunda PD-L1 (Programmed Death-Ligand 1) protein ekspresyonunun değerlendirilmesine yönelik bir laboratuvar analizidir. PD-L1, bağışıklık sistemi ile tümör hücreleri arasındaki etkileşimde rol oynayan bir proteindir. Tümörün derecelendirilmesini ve ek olarak bağışıklık tedavilerinin kullanımını belirleyici bir testtir.

Diğer (Lütfen test hakkında detaylı bilgiyi aşağıya yazınız):

2-Test Sonuçları Ne Anlama Gelmektedir, Hata Payı Var mıdır, Tamamen Güvenilir Olduğu Kabul Edilebilir Mi?

Testlerin sonuçları klinik bulgular ile uyumlu ise tanıyı destekler, yani klinik tanıya destek vermek içindir. Esas olan nihai klinik değerlendirmedir. Tıp alanında her testin olduğu gibi patoloji testlerinin de sonuçlarının doğruluğu ve kesinliği bir çok faktöre bağlıdır. Bu faktörler arasında doku ya da sitolojik materyalin miktar olarak yeterliliği, tespit işlemlerinin yeterli ve optimal doğrulukta yapılmış olması (doku için formalin, sitolojik sıvılar için alkol tespiti gibi), doğru ve yeterli klinik bilgi akışı öncelikli olarak önem taşır.

3- Bilmem Gereken Diğer Bilgiler Nelerdir?

3.1. İşlemi tamamlanmış analiz örnekleri (bloklar, lamalar), raporlar, elektronik kayıtlar saklanması ve arşivlenmesi ile ilgili kurallar yönetmeliğe uygun olarak yapılmaktadır.

3.2. Raporlar ve kayıtlar en az otuz yıl, elektronik kayıtlar yedekleme ile birlikte süresiz, numuneler ilk aşamada bozulmayacak şekilde uygun şartlarda sonuç raporlanıncaya kadar muhafaza edilir. Sonrasında tıbbi patoloji laboratuvarlarında örnekleme yapılan dokular rapor çıktıktan sonra en az bir ay, lamalar en az on yıl, bloklar ise en az yirmi yıl muhafaza edilir.

3.3. Test sonucunda çıkan değişikliklerin bazen ek "tanı testleri" ile desteklenmesi gerekebilir. Bu durumda sizlerle iletişime geçilerek bu testler hakkında bilgi verilecektir. Önerilen ek testleri yaptırmamanız durumunda tanı başarısı azalabilecektir. Bu testlerin maliyetleri yüksek olanlar için ek ödemeler gerekebilir.

3.4. Testlerin bir kısmı veya tamamı, tıbben gerekli görülürse raporlanırken bir üst merkezin de değerlendirme yapması önerilebilir.

3.5. Nadiren ikinci bir materyal/örnek göndermeniz veya vermeniz gerekebilir. Sonuç elde edilememesi durumunda test tekrarı önerilebilir.

3.6. Numunenizi merkezimizde vermeyip kargo veya kurye ile gelmesi durumunda; merkezimize ulaştığı bilgisi mesajla sizlere iletilir. Mesajda ödeme bilgileri de verilmektedir. Sizlere verilen hesap bilgilerimize ödemeyi yapıp dekontu paylaştıktan sonra çalışmalarınız başlatılır. Bu sırada örnek merkezimizde uygun koşullarda muhafaza edilir.

3.7. Ödemeyi yaptıktan sonra testten vazgeçerseniz, testin aşamasına bağlı olarak o ana kadar yapılan masraflar dışında kalan kısmı iade edilebilir; ancak testin önemli bir kısmı tamamlanmışsa iade yapılabilmesi söz konusu değildir.

3.8. Test sonuçlarınız İntergen kayıtlarında saklanacaktır.

3.9. Eğer materyaliniz İntergen tarafından alınmadıysa, materyalin doğru alınıp alınmadığından, materyalin uygunluğundan, diğer merkezlerde yapılan bilgilendirmelerden İntergen sorumlu değildir.

3.10. Merkezimiz hekimleri, hekiminiz tarafından talep edilen test yerine bir başka testin tanı sağlamaya daha elverişli olduğunu değerlendirirse, hasta olarak sizin yararınızı korumak ve yeniden numune vermek durumunda kalmamanız için size ve/veya hekiminize bilgi verilerek uygun olduğu düşünülen test önerilir. Tıbben yapılması uygun olmayan testleri merkezimiz reddetme hakkına sahiptir.

3.11. Talep etmeniz halinde test sonucunuz tarafınıza G-mail, Hotmail vb. iletişim yollarıyla gönderilebilir. Ancak, bu gibi uygulamaların yurtdışı menşeli olduğunu, bunun anlamının gönderilen iletinin yurtdışı menşeli firmaların sunucularına (serverlarına) ulaşması, yani yurtdışına aktarılması olduğunu bilginize sunarız. Uygulama sahibi firmaların verilerin gizliliğini sağlaması merkezimiz kontrolünde olmayıp, gizlilik politikalarına kendi web sitelerinden ulaşabilirsiniz.

3.12. Ruhsatlı birsağlık kuruluşu olarak patoloji inceleme gerçekleştirebilmek için kimlik, iletişim ve sağlık verilerinizi edinmesi gerekmektedir. Sır saklama yükümlülüğümüz gereğince buverileri koruyuz. Rızanız ya da hukuki zorunluluk olmadıkça verilerinizi üçüncü kişilerle/kurumlarla paylaşmamaktayız. Eğerrızagösterirseniz, kişisel verilerinizi anonim hale getirmek koşuluyla, özelhayatın gizliliği hakkınız ilekişisel haklarınızı korumak kaydıyla verilerinizi bilimsel amaçlı olarak yürüttüğümüz çalışmalarda kullanabiliriz. 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanununun 11.maddesi uyarınca: Kişisel verinizin işlenip işlenmediğini öğrenme, kişisel verileriniz işlenmişse bunailişkin bilgitalapetme, kişisel verilerin işlenme amacını vebunların amacına uygunkullanılıp kullanılmadığını öğrenme, yurt içinde veya yurt dışında kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişileri bilme, kişisel verilerin eksikveyayanlış işlenmiş olması hâlinde bunların düzeltilmesini isteme, kanun'un 7. maddesinde öngörülen şartlar çerçevesinde kişisel verilerin silinmesini veya yok edilmesini isteme vebubilgilerin kişisel verilerin aktarıldığı üçüncü kişilere bildirilmesini isteme, işlenen verilerin münhasıran otomatik sistemler vasıtasıyla analiz edilmesi suretiyle kişinin kendisi aleyhine birsonucun ortaya çıkmasına itiraz etme, kişisel verilerin kanuna aykırı olarak işlenmesi sebebiyle zarara uğraması hâlinde zararın giderilmesini taleptemehaklarına sahiptir. Başvurularınızı 30 günicerisinde yanıtlayacağız.

3.13. Laboratuvarın kapatılması, satın alınması veya birleştirilmesi durumunda tutulan hasta numunelerinin ve kayıtlarının sürekli kullanılabilirliğinin ve bütünlüğünün sağlanması Numune Saklama Süreleri Listesi ve Kayıtların Saklama Süreleri Listesi'ne göre yasal mevzuat ve Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı uygulamalarına uygun olarak sağlanacaktır. Merkezimizin kapatılması, satın alınması veya birleştirilmesi durumunda hasta/kuruluş/hekimlere yazılı veya sözlü olarak bilgilendirme yapılacaktır. Sonrasında numunelerin ve kayıtların güvenli bir şekilde transferi ve muhafazası tarafımızca sağlanacaktır.

RIZA FORMLARI

1- Patoloji Testi Rıza Formu (Hasta tarafından doldurulmalıdır.)

"Patoloji testleri hakkında bilgilendirme formunu okudum. Hekimim tarafından test hakkında sözlü bilgilendirme yapıldı, sorularım yanıtlandı, yazılı bilgilendirmeyi okuyabilmem için makul bir süre tanındı. Testin amacı, sonuçları, güvenilirliği, raporlanma süresini ve kişisel verilerimin işlenme süreçlerini anladım."

Sayın Hastamız; yukarıdaki beyan uyarınca, materyaliniz üzerinde patolojik inceleme, bilgilendirme formunda belirtilen koşullarda yapılmasına rıza gösteriyorsanız, aşağıdaki boşluğa **"TESTİN YAPILMASINA RIZA GÖSTERİYORUM"** yazınız:

(Biyotıp Sözleşmenin 5.maddesi, Anayasanın 17.maddesi ve Hasta Hakları Yönetmeliğinin 5.maddesi gereğince sağlık alanında herhangi bir müdahale, bilgilendirmeye dayalı rızanın alınmasından sonra yapılabileceğinden rıza göstermemeniz halinde testi gerçekleştirebilmemiz mümkün değildir.)

2- Tıbben Gerekli Olması Halinde Ek Test Rıza Formu (Hasta tarafından doldurulmalıdır.)

Sayın Hastamız; bilgilendirme formunda açıklandığı üzere, patolojik incelemede tanı konulabilmesi için tıbben gerekli olması halinde tanıya yardımcı olabilecek ek testler yapılabilmekte ya da belirtilenden başka bir testin yapılmasını süreç içerisinde değerlendirebilmekteyiz. Bunun yanı sıra başvuru yapmanıza sebep bulgular yanında testler sonucunda ortaya çıkabilecek ikincil bulgular tıbben gerek görülmesi durumunda raporlanacaktır. Bunu kabul ediyorsanız lütfen aşağıdaki kutucuklardan **"Kabul ediyorum"** yazanı işaretleyin. Ek testlerin yapılmasını kabul etmiyorsanız aşağıdaki kutucuklardan **"Kabul etmiyorum"** yazanı işaretleyin. Önerilen ek testleri yaptırmamanız durumunda tanı başarısının azalabileceğini belirtmek isteriz. Ek testlerin ücretli olması durumunda, ekibimiz sizleri bilgilendirecektir.

Kabul ediyorum. Kabul etmiyorum.

3- Bilimsel Araştırma Rıza Formu (Hasta tarafından doldurulmalıdır.)

Sayın Hastamız; İntergen Patoloji Laboratuvarı olarak kamu sağlığını korumak ve geliştirmek için uhdemizdeki sağlık verilerini anonim hale getirerek bilimsel çalışmalar yapabilmekteyiz. Bu çalışmalarda özel hayatın gizliliği ve kişisel verilerin korunması için gerekli tüm idari ve teknik önlemleri almaktayız. Bu koşullar altında, bizimle paylaştığınız verilerin bilimsel çalışmalarda kullanılmasına rıza gösterip göstermediğinizi lütfen aşağıdaki kutucuklardan birisini işaretleyerek belirtin:

- Rıza gösteriyorum.
 Rıza göstermiyorum.

4- Test Sonuçlarının Gönderilmesi Rıza Formu (Hasta tarafından doldurulmalıdır.)

Sayın Hastamız; test sonuçlarınızı size iletilecekken kullanmamızı istediğiniz yöntemin kutucuğunu işaretleyin. Bilgilerde değişiklik olması halinde bize mümkün olan en kısa sürede bilgi verin. Raporunuzun doktorunuz/refere eden kurum ile paylaşılmasını istemiyorsanız aşağıda belirtiniz. Sunucuları yurtdışında olan Whatsapp, Gmail ve benzeri yabancı menşei uygulamalar üzerinden bizimle kurulan iletişimlerde, kişisel verilerinizin işleme sürecine ilişkin sizleri bilgilendirmek amacıyla aşağıdaki bilgilendirmeyi yapmaktayız.

Merkezimize yabancı menşei uygulamalar üzerinden bir mesaj veya mail gönderildiğinde, bu mesaj veya mail ile edinilebilecek kimlik, iletişim, sağlık, genetik gibi size ait genel ve özel nitelikte tüm kişisel verileri sır saklama yükümlülüğü altında olan bir sağlık kuruluşu olarak korumakta ve hukuki zorunluluk olmadığı sürece 3. kişilerle paylaşmamaktayız. Bununla birlikte, bu uygulamalar üzerinden bir mesaj veya mail gönderilmesi, yalnızca Merkezimiz ile değil uygulamanın geliştiricisi olan ülkedeki ticaret şirketi ile de mesaj veya mail içeriğindeki genel ve özel nitelikteki kişisel verilerin paylaşılması, yani verilerinizi yurtdışına aktarmanız anlamına gelmektedir. Bu halde uygulamalar tarafından edinilen verilerin gizliliğinin sağlanması Merkezimizin kontrolünde olamamaktadır.

Test sonuçlarımın şu kişilerle paylaşılmasını onaylıyorum:

.Adı Soyadı: Akrabalık Durumu:

Telefonuma mesajlaşma uygulamasıyla gönderilsin.

Test raporunun gönderileceği telefon:.....

Kullanılması istenen mesajlaşma uygulaması: Whatsapp BİP

Diğer Uygulama:

(Yurtdışı menşei mesajlaşma uygulamalarında verilerin yurtdışına aktarımı söz konusu olabilir.)

E-Posta adresime gönderilsin.

E-Posta adresi:

(Yurtdışı menşei e-postalarda verilerin yurtdışına aktarımı söz konusu olabilir.)

Diğer:

Yukarıdaki bilgilendirme formu ile açık rıza formu, İntergen ve Hasta arasında, İntergen tarafından sunulacak hizmetin hüküm ve koşullarını belirlemek, Hastayı buna dair bilgilendirerek rızasını almak amacıyla imzalanmıştır.

HASTA Ad- Soyad: Tarih: İmza:	Hasta 18 yaşından küçükse ya da ayırt etme gücü yoksa Yasal Temsilcisinin İsmi ve Soyismi: İmzası: Tarih	İNTERGEN ADINA Ad- Soyad: Tarih: İmza:
---	--	--