

 Extra Comprehensive Exploration Genetik Hastalıklar Değerlendirme Merkezi	ANAMNEZ VE ONAM FORMU	Doküman No	YÖN FR 011
		Yayın Tarihi	01.06.2022
		Revizyon No	2
		Revizyon Tarihi	02.01.2025
		Sayfa No	1 / 1

Tarih:

Hasta Bilgileri Adı- Soyadı: T.C. Kimlik No.: Doğum tarihi: Cinsiyeti: Telefonu:	
Gönderen Doktor (Adı- Soyadı):	Gönderilen Materyal: ☐ Periferik Kan ☐ Kemik iliği ☐ Amniyon sıvısı ☐ CVS ☐ Kordon Kanı ☐ Diğer:
Endikasyon:	İstenilen Genetik Analiz(ler):

Hiçbir baskı ve yönlendirme olmadan tamamen kendi özgür irademle, başvuru sebebim/hastamı getirme sebebimin değerlendirilmesi, uygun görülen araştırmaların ve uygulamaların yapılması için ECEGEN Genetik Hastalıklar Değerlendirme Merkezi'nde olan sağlık çalışanı ve uzman doktorları yetkili kılıyor ve bu uygulamaların yapılmasını talep ediyorum. Bu form kendime ve/veya çocuğuma/doğmamış çocuğuma genetik analiz yapılmasına serbest iradem ile tam izin, yetki ve onay verdiğimin; aile bilgilerimi tam ve doğru verdiğimin, aşağıda belirtilen hususları tam anladığımı beyan ederim.

- Yapılacak genetik test sadece yukarıda belirtilen hastalık/endikasyon içindir. Bu testin sonuçlarının benim ve/veya doğacak çocuklarımdan bütün genetik ve genetik olmayan hastalıkları hakkında bilgi vermediğini ve test sonuçlarının normal bulunmasına rağmen genetik ya da genetik olmayan başka hastalıklar ortaya çıkabileceğini anladım.
- Genetik testlerde canlı hücre sayısının ve/veya çalışılan DNA'nın istenilen düzeyde olması gerekmektedir. Yeterli hücre ve/veya DNA elde edilemediğinde, hazırlanan preparatlar istenilen kalitede olmadığında, tanının doğrulanması gerektiğinde yeniden örnek istenebilir ve test tekrar edilebilir. Herhangi bir şüpheli bulgu varlığında ek olarak hastanın diğer aile bireylerinden de ilave test yaptırılması önerilebilir.
- Bu testlerde yeterli hücre/DNA çoğalmasının sağlanamaması sonucu test sonucu verilememesi, olasılığı vardır. Ayrıca alınan kan ya da dokuya bağlı ya da test metoduna bağlı olarak çok düşük de olsa sonucun hatalı olma olasılığı bulunmaktadır.
- 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.
- Gebelik döneminde yapılan genetik testlerden amniyosentez, koryon villus biyopsisi, kordosentez işlemleri gebeliğin düşükle sonlanma riskini az da olsa arttırmakta, bu işlemlerin uygulanmadığı gebeliklerde de belirli bir oranda düşük riski bulunmaktadır. İlk girişimde yeterli miktarda doku alınamaz ya da hücre kültüründe üreme sağlanamazsa ya da şüpheli sonuçlarla karşılaşılırsa girişimin tekrarlanması ya da farklı bir girişim türüne başvurulması gerekebilir. Anne kanının ve/veya doku örneğinin bebeğin örneği ile karışmasından dolayı yanlış pozitif ya da yanlış negatif sonuçlar çıkabilir.
- Hastamın/kendimin test sonuçlarının, örneklerinin ve fotoğraflarının bilimsel araştırma, test doğrulama ve eğitim amacıyla kullanılmasına, süresiz olarak saklanmasına (kimliğimin saklı kalması koşuluyla) izin veriyorum.
- Tüm laboratuvar verileri gizlidir ve kanuni sınırları ihlal etmeyecektir.
- Test sonuçları, gizlilik kuralları sebebiyle hasta veya belirtilen hasta yakınına elden teslim edilecektir. Veya kayıt esnasından bildirilen mail adresine e-posta olarak gönderilecektir.
- Hastamın/kendimin kimlik verilerinin (adı, soyadı, T.C. kimlik numarası, doğum tarihi, cinsiyet, imza), sağlık verilerinin (detaylı sağlık verileri), genetik verilerinin (test sonuçları) KVKK ve ilgili mevzuatlar kapsamında kişisel verilerimin işlenmesine, kaydedilmesine, depolanmasına, muhafaza edilmesine rıza gösteriyorum.
- Hasta onayı ya da yasal mevzuatın gerektirdiği durumlarda sonuç üçüncü taraflara rapor edilebilir.
- Önemli not: Zihinsel engelli kişiler, bilinci kapalı olanlar ve reşit olmayan çocuklar için bu belge velisi veya vasisi tarafından doldurulacaktır.
 - ❖ Test yapılmasını kabul ediyorum.
 - ❖ Yukarıdaki yazının tamamını ve anlatılan riskleri (kendi el yazınız ile **okudum, anladım** yazınız).

Hasta / Vekil
Adı ve Soyadı:
İmza:

Genetik Danışman /Doktor
Adı ve Soyadı:
İmza:

HAZIRLAYAN	ONAYLAYAN
KALİTE YÖNETİM TEMSİLCİSİ	MESUL MÜDÜR