

## NÖROPSİKİYATRİ İSTEK FORMU

ADI SOYADI:	İSTEK TARİHİ:	İSTEK YAPAN DOKTORUN ADI SOYADI:	Lütfen bu alanı doldurmayınız!
DOĞUM TARİHİ:	T.C KİMLİK NO:		
CİNSİYETİ: <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek	KURUM: <input type="checkbox"/> SSK <input type="checkbox"/> ES <input type="checkbox"/> ÖZEL	İMZA:	
TANI:	TELEFON:		

NUMUNE TÜRÜ	
Örnek Tipi : <input type="checkbox"/> Kan <sup>EDTA</sup> <input type="checkbox"/> Kan <sup>Heparin</sup>	
Endikasyon:	
Kullandığı ilaçlar:	

FARMAKOGENETİK <sup>EDTA</sup>	MOLEKÜLER GENETİK <sup>EDTA</sup>
<input type="checkbox"/> 3300121 İlaç Sensitivite Paneli (Nöropsikiyatri) <input type="checkbox"/> 330070 CYP2C9 2 polimorfizm <input type="checkbox"/> 3300124 CYP2C9 4 polimorfizm <input type="checkbox"/> 3300108 CYP2C19 2 polimorfizm <input type="checkbox"/> 3300125 CYP2C19 4 polimorfizm <input type="checkbox"/> 3300109 CYP2D6 5 polimorfizm <input type="checkbox"/> 3300123 CYP2D6 15 polimorfizm <input type="checkbox"/> 3300112 CYP1A2 2 polimorfizm <input type="checkbox"/> 330072 CYP3A4 1 polimorfizm <input type="checkbox"/> 3300113 NAT2 3 polimorfizm <input type="checkbox"/> 3300114 SHTT (SSRI) <input type="checkbox"/> Diğer:	<input type="checkbox"/> 331942 Charcot-Marie-Tooth – PMP22 duplikasyonu <input type="checkbox"/> 331951 Distonia (DYT1) – GAG delesyonu <input type="checkbox"/> 330043 DMD/BMD – delesyon&duplikasyon <input type="checkbox"/> 331927 Frajil X – CGG tekrarı <input type="checkbox"/> 331952 Friedreich Ataksisi – GAA tekrarı <input type="checkbox"/> 331953 Friedreich Ataksisi – Delesyon&Duplikasyon <input type="checkbox"/> 331954 Huntington Hastalığı – CAG ve CGG tekrarı <input type="checkbox"/> 331961 Myotonik Distrofi – CTG tekrarı <input type="checkbox"/> 331975 RETT Sendromu – tüm gen <input type="checkbox"/> 331941 RETT Sendromu – delesyon&duplikasyon <input type="checkbox"/> 331928 Spinal Musküler Atrofi – SMN1 delesyonu <input type="checkbox"/> Diğer:

DOĞUM ÖNCESİ VE SONRASI TANI AMAÇLI BİLGİLENDİRME ONAY FORMU
<p>Bende/Çocuğumda/Doğacak bebeğimde; ..... endikasyonu nedeni ile, doğum öncesi (prenatal) veya doğum sonrası (postnatal) genetik inceleme (kromozomal, moleküler, biyokimyasal) yapılması için amniyon, koryon villus biyopsisi, kord kanı, periferik kan, tahliye materyali, sperm, vaginal smear, kemik iliği vb. tıbbi örneklerin alınması işlemlerinin yapılmasına izin veriyorum. İlgili doktorlar tarafından uygulamanın şekli, riskleri, anlamı ve başarı şansı ayrıntılı olarak anlatıldı. Özellikle aşağıdaki konular vurgulandı:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>İlk girişimde yeterli miktarda doku alınamaz veya hücre kültüründe üreme sağlanamaz ise örnek alınma işleminin tekrarlanması gerekebilir.</li><li>Kromozomal, moleküler ve biyokimyasal analiz sonuçlarını yorumlamak bazen güç olabilir veya alınan sonuçlar kişideki gerçek durumu yansıtmayabilir.</li><li>Kromozomlardaki sayısal ve büyük yapısal anomaliler kolayca tanınabilirken, olumsuz etkilere neden olabilecek küçük yapısal değişim ve mozaikizmler görülemeyebilir.</li><li>Yapılan test var olan riske yönelik olup, sadece riskli hastalık hakkında bilgi verir. Diğer hastalıklarla ilgili herhangi bir bilgi veya fikir vermez. Yapılan testlerin normal bulunmasına karşın kişide genetik veya genetik olmayan başka hastalıklar veya anomaliler ortaya çıkabilir.</li><li>Testlerin sonuç süreleri; hastada açıklanması güç anomalilerin saptanması, ileri tetkik gerekliliği, kişisel özellikler gibi durumlarda uzayabilir.</li></ol> <p><b>Bende/Çocuğumda/Doğacak bebeğimde genetik tanı ile ilgili konularda yapılacak olan tüm işlemlerde sorumluluğun bana ait olduğunu, yukarıdaki bilgileri okuyup anladıktan sonra hiçbir etki altında kalmadan kabul ettiğimi ve izin verdiğimi beyan ederim.</b></p> <p>Tarih:  Hasta/Velisi (Ad-Soyadı-İmza):</p> <p>Doktor (Ad-Soyadı-İmza):</p>