

**PREİMLANTASYON GENETİK TANI İSTEK FORMU**

Adı-Soyadı /Yaş (♀) : ..... Biyopsi Yapan Embriyolog : .....

Adı-Soyadı /Yaş (♂) : ..... Biyopsi Yapılan Embriyo Sayısı : .....

Gönderim Tarihi : ..... Biyopsi Tarihi ve Saati : ..... / .....

Gönderen Merkez : ..... Biyopsi Türü :  3. gün (blastomer)  5. gün (trofoektoderm)

Gönderen Doktor : ..... Raporun Gönderileceği Email/Faks : .....

**ENDİKASYON**

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> İleri Maternal Yaş             | <input type="checkbox"/> X Kromozomu Mozasizmi | <input type="checkbox"/> Translokasyon .....   | <input type="checkbox"/> Tek Gen Hastalığı       |
| <input type="checkbox"/> Tekrarlayan İmp. Başarısızlığı | <input type="checkbox"/> Klinefelter (XXY)     | <input type="checkbox"/> İnversiyon .....      | <input type="checkbox"/> Tek Gen Hastalığı + HLA |
| <input type="checkbox"/> Tekrarlayan Gebelik Kayıpları  | <input type="checkbox"/> XXX                   | <input type="checkbox"/> Marker Kromozom ..... | <input type="checkbox"/> HLA                     |
| <input type="checkbox"/> Diğer .....                    | <input type="checkbox"/> Diğer .....           | <input type="checkbox"/> Diğer .....           | <input type="checkbox"/> Diğer .....             |

**İSTENEN TEST**

- Array CGH  FISH (5 kromozom)  FISH (7 kromozom)  FISH (9 kromozom)  FISH (Transl., inversiyon vb)  Tek Gen Hastalığı

| Embriyo No | Blastomer / Trofoblast Sayısı | Embriyo Grade | Nükleus Kontrolü | Notlar |
|------------|-------------------------------|---------------|------------------|--------|
|            |                               |               |                  |        |
|            |                               |               |                  |        |
|            |                               |               |                  |        |
|            |                               |               |                  |        |
|            |                               |               |                  |        |
|            |                               |               |                  |        |
|            |                               |               |                  |        |
|            |                               |               |                  |        |
|            |                               |               |                  |        |
|            |                               |               |                  |        |
|            |                               |               |                  |        |
|            |                               |               |                  |        |
|            |                               |               |                  |        |
|            |                               |               |                  |        |
|            |                               |               |                  |        |

Genetiks Sağlık Hizmetleri Tic. Ltd. Şti

Gayretepe Mah. Bahar Sokak Baras Han No 4/A 34349 Beşiktaş / İSTANBUL

Tel: 0(212) 275 70 20 (pbx) Fax: 0(212) 275 70 08 www.genetiks.com.tr e-mail:info@genetiks.com.tr

