
 <b>MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ</b> HAFA SA SULTAN HASTANESİ	<b>GENETİK TANI ONAM FORMU</b>			 2017
<b>HD.GN.RB.01</b>	<b>16.01.2018</b>	Revizyon No	Revizyon tarihi	1/2

**Hastanın Adı-Soyadı :**

**Gönderilen Materyal :**

**Gönderen Doktor/Klinik:**

**Klinik Ön tanı.**

Yapılacak genetik test sadece yukarıda belirtilen hastalık/ön tanı için olup diğer hastalıklarla ilgili bilgi vermez. Başka amaçla kullanılması kullananın sorumluluğundadır. Bu testler, doğum öncesi (prenatal) veya doğum sonrası (postnatal) genetik inceleme (kromozomal, moleküler) yapılması için amniyon, koryon villus biyopsisi, kord kanı, düşük materyali, kemik iliği ve periferik kan tıbbi örneklerin incelenmesi işlemleridir.

Genetik testlerde canlı hücre sayısının istenilen düzeyde olması gerekmektedir. Alınan örneğin yetersiz gelmesi kültür ortamında çoğalmaması ve testlerde herhangi bir patoloji bulunmaması gibi durumlarda sonucun doğrulanması amacı ile ikinci kez örnek alınması gerekebilir ve test tekrar edilebilir. Herhangi bir şüpheli bulgu varlığında anne-babadan ilave test yapılması önerilebilir. Bu durumda hasta örnek alımına muvafakat ettiğini beyan ve kabul eder. Kromozomal ve moleküler analiz sonuçlarını yorumlamak bazen güç olabilir ya da alınan sonuçları kişideki gerçek durumu yansıtmayabilir. Kromozomlardaki sayısal ya da büyük yapısal anomaliler kolayca tanınabilir ancak olumsuz etkilere neden olabilecek küçük yapısal değişimler ve mozaizmler görülemeyebilir. Bu konuda hasta kendisinin bilgilendirildiğini ve bu durumu kabul ettiğini beyan etmiştir.

Bu test sizin ve/veya doğacak çocuklarınızın tamamen sağlıklı olacağını garantiemez ve diğer hastalıklarla ilgili herhangi bir bilgi veya fikir vermez. Kromozomal ve moleküler testlerin normal bulunmasına karşı kişide genetik veya genetik olmayan başka hastalıklar veya anomaliler ortaya çıkabilir. Yapılan test var olan riske yönelik olup sadece riskli hastalık hakkında bilgi verir.

Merkezimizde size ve aile bireylerinize ait fotoğraflar, hücre, doku ya da sıvı örnekleriniz ile diğer tıbbi bilgi ve bulgularınız arşivimizde saklanmaktadır. Esasen bu kayıtlar sizin ilerideki takiplerinizde kullanılmak üzere yapılmaktadır. Bu kayıtlar, fotoğraflar ve alınmış olan hücre, doku ya da sıvı örnekleri gereği halinde bilimsel çalışmalar, eğitim faaliyetleri ve bilimsel yayınlar için kullanılabilir. Bu yayınlar ve bilimsel sunumlar-da kimlik bilgilerinize yer verilmemektedir. Materyalinizin bilimsel çalışmalarda kullanılması konusundaki kararınızı istediğiniz zaman değiştirebilirsiniz ve bunun için bir dilekçe ile merkezimize başvurmanız yeterlidir. Hasta buna muvafakat ettiğini kabul etmiştir.

Test sonuçları yapılan test türüne göre 2-6 hafta içinde alınır. Belirtilen süreler normal şartlarda ortalama test sonuçlanma zamanına göre verilmektedir. Hastaya ya da laboratuara alt faktörler nedeniyle testler daha erken veya daha geç sonuçlanabilir. Bu nedenle bildirilen test süresinin tahmini olarak verildiği ve sonuç almaya gelmeden mutlaka telefon edilmesi gerektiği unutulmamalıdır. Bu test sonuçlanmadan önce ve sonuçlandıktan sonra gereği halinde iletişim kurmak üzere adres ve telefon numarası değişikliklerinin ve hastanın klinik durumundaki önemli değişikliklerin merkezimize bildirilmesi gerekmektedir. Bildirilmemesi durumunda kaynaklanacak aksaklıkların sorumluluğu hastaya aittir.

Zihinsel özürlü kişiler, bilinci kapalı olanlar ve reşit olmayan çocuklar için bu belge velisi veya vasisi tarafından doldurulacaktır.

**Sonuç :**

- Tıbbi uygulamaların kesin bir bilim olmadığını, sonuç veya tedavi konusunda garanti verilemeyeceğini anlıyorum. Onay belgesinde ve hekimimle olan görüşmemde bana durumum, uygulanacak işlem ve riskleri, tedavi seçenekleri hakkında ayrıntılı bilgi verildi. Bu konuda sorumlulukların bize ait olduğu bilincinde olduğumuzu hiçbir şiddet, tehdit, telkin, maddi ya da manevi baskı altında olmaksızın girişimi/tedaviyi kabul ettiğimizi ve girişim/tedavi ile ilgili doğacak sonuçları gerek birbirimiz gerekse hekim ve hastane aleyhine kullanmayacağımızı; sonucuna katlanacağımızı ve ameliyat işlemine onay verdiğimizi beyan ederiz.
- Yapılacak olan girişimleri reddediyorum. Bu reddetmenin getireceği olası tıbbi sonuçlar hakkında bilgilendirildim.

Hastanın izni tamamlandıktan sonra hekim tarafından doldurulacak kısım:

Yukarıda anlatılan işlem, riskler, olabilecek komplikasyonlar, umulan sonuçlar, tedavinin olmadığı durum dahil tedavi seçenekleri hakkında hastanın veya onun izni öncesinde hastaya veya hukuksal sorumlusuna benim tarafımdan anlatıldığını onaylıyorum.

Tarih: ...../...../20.....

Saat: .....

Ad soyad, Yakınlık derecesi, İmza

Şahit Ad soyad, Yakınlık derecesi, İmza

Onayı Alan Hekim (Kaşe, imza)