

GENETİK TEST İSTEM FORMU

HASTA		GÖNDEREN	
Adı/Soyadı		Kurum	
Kimlik No		Doktor	
Doğum Tarihi/Cinsiyet		Telefon No	
Telefon No		E-Posta	
E-Posta		İmza/Kaşe	
Hasta Yakını Anne/Baba/Eş ...			

İSTENEN TESTLER

Numune Alım Tarihi	Numune Türü		
...../...../.....	<input type="checkbox"/> Edta'lı Kan	<input type="checkbox"/> Amniyon Sıvısı	<input type="checkbox"/> Parafin Blok
	<input type="checkbox"/> Heparinli Kan	<input type="checkbox"/> Düşük Materyali	<input type="checkbox"/> Doku Parçası
	<input type="checkbox"/> Boğaz-Burun Sürüntüsü	<input type="checkbox"/> Koryonik Villus Örneği	<input type="checkbox"/> Diğer
Endikasyonu	<input type="checkbox"/> Tanı	<input type="checkbox"/> Taşıyıcı Araştırması	<input type="checkbox"/> Aile Taraması
	<input type="checkbox"/> Diğer		
Klinik ve Laboratuvar Bulguları / Hikayesi			
Son Adet Tarihi/...../.....		
Akrabalık Durumu/Derecesi	<input type="checkbox"/> Anne-Baba Aynı Köy/Kasabadan	Ailedeki Diğer Hastalıklar	
	<input type="checkbox"/> Anne-Baba Akraba		
	<input type="checkbox"/> Eşler Aynı Köy/Kasabadan		
	<input type="checkbox"/> Bilinmiyor		

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

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

Doğacak olan bebeğimde, çocuğumda ve/veya kendimde endikasyon ve klinik bulgularım doğrultusunda yaptırılmıy istenen test hakkında bilmem gerekenler bana açık bir şekilde anlatıldı. Bu bilgilendirmeler doğrultusunda istenen tetkikleri yaptırmayı **kendi rızamla kabul ediyorum.**

****Bilgilendirilmiş onam formu aydınlatması ile "Genetik Test Sonuç Raporlarımın":**

Tarafıma Doktoruma Eşime
 Beni Gönderen Kurum/Hastaneye Adı Geçen Şahsa Verilmesini/Gönderilmesini **kabul ediyorum.**

****Bu kararlarınızın herhangi birinden, çalışmalar henüz başlamadıysa; ancak "dilekçe" ile vazgeçebilirsiniz.**

*****YAPILACAK TESTLERLE İLGİLİ: (Hepsine onay vermek için en alttaki "TÜMÜNÜ KABUL EDİYORUM" u seçmeniz yeterlidir.)**

Kendim/velisi/vasisi olduğum kişinin şikayetlerini değerlendirmek, gerekli görülen incelemeleri yaptırmak için Metagentech Genetik Hastalıklar Değerlendirme Merkezi'nde görevli hekimi yetkili kılıyorum ve bu uygulamaların yapılmasını talep ediyorum.

Metagentech Genetik Hastalıklar Değerlendirme Merkezi, tarafımdan sağlanan kişisel bilgilerimi yalnızca sağlık hizmeti sunumu için kullanacağını, bu bilgilerin sadece yetkili sağlık profesyonelleri ve hizmet alımı sağlanan merkezlerle paylaşılacağını ve üçüncü şahıslara ifşa edilmeyeceğini taahhüt eder.

Test sonuçlarım ve diğer kişisel bilgilerim, yalnızca bilimsel araştırmalar ve eğitsel amaçlarla anonimleştirilerek kullanılabilir. Kimliğim, bu verilerde açıklanmayacaktır.

Verilerim, Metagentech tarafından güvenli bir ortamda saklanacak, yalnızca yetkili personel tarafından erişilecektir. Verilerim, saklanma süresi sonunda yasal gerekliliklere uygun şekilde imha edilecektir.

Test çalışma ve sonuç süreleri "yaklaşık süre"dir, daha kısa ya da daha uzun sürede sonuçlar çıkabilir. Bu süre teknik nedenler sebebiyle uzayabilir. Nadiren de olsa yeniden örnek istenmesi gerekebilir. Testten güvenilir bir sonuç elde edilebilmesi için ek testler, tekrarlayan çalışmalar gerekli olabilir.

Örnek ve testlerimin bir kısmı veya tamamı gerekli görülürse yurt içinde ya da yurt dışında diğer bir merkezde ek bir izne gerek kalmadan gönderilebilir.

Bazen elde edilen sonuç hastalığımın nedenini açıklayabilir, bu nedenle kesin tanı için ek testler gerekebilir. Önerilen ek testler yaptırılmaz ise tanı koyulamayabilir. Bunlardan ücretsiz olanlar Metagentech tarafından ek izin gerekmeden yapılabilir, ücretli ek test gerektiğinde tarafıma bildirilerek onayım alınacaktır.

Testlerden vazgeçtiğim takdirde o ana kadar yapılan masrafları ya da test bitmek üzere ise test bedelinin tamamı tarafımdan Metagentech' e ödenecektir, çok nadir de olsa testlerden teknik nedenler sebebiyle hiçbir sonuç alınmayabilir, bu durumda test bedellerini Metagentech tarafımda ödeyecektir.

Her test yönteminin yanılma payı vardır.

Testlerden elde edilen bazı veriler bilimsel ya da etik nedenler ile rapor edilmeyebilir.

Kişisel verilerim, 24/3/2016 tarihli 6698 sayılı **Kişisel Verilerin Korunması Kanunu**'na uygun olarak saklanacak, işlenecek ve yalnızca belirli sağlık hizmeti süreçleri için kullanılacaktır. Verilerim, herhangi bir yasal zorunluluk ve acil durum dışında üçüncü şahıslara aktarılmayacaktır.

Kişisel verilerimle ilgili olarak, 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu çerçevesinde her zaman erişim, düzeltme, silme ve veri işleme faaliyeti hakkında bilgi talep etme hakkım bulunduğunu kabul ediyorum.

OKUDUM, ANLADIM, TÜMÜNÜ KABUL EDİYORUM. (Yukarıdaki seçeneklerin hepsini onaylıyorum)

Materyalim Metagentech' de alındı. Aşağıdaki bilgileri anladım ve kabul ediyorum.

**** Materyalin doğru alınıp alınmadığından ve materyalin uygun olup olmamasından**

**** Diğer merkezlerde yapılan her türlü işlem ve bilgilendirmeden (fiyat/yöntem/numune alma gibi) Metagentech sorumlu değildir.**

Tarih	Hasta/Hasta Yakını Adı/Soyadı/İmza	Kurum Doktoru Adı/Soyadı/İmza/Kaşe	Şahit Adı/Soyadı/İmza
...../...../.....			