

 ÖZEL <b>DONEGEN</b> GENETİK HASTALIKLAR DEĞERLENDİRME MERKEZİ www.donegen.com.tr   0533 358 81 14	<b>Doküman No</b>	<b>Yürürlük Tarihi</b>	<b>Revizyon No</b>	<b>Revizyon Tarihi</b>	<b>Sayfa No</b>
	<b>DG.LB.FR.20</b>	<b>02.01.2020</b>	<b>00</b>	<b>-</b>	<b>1 / 1</b>
<b>BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU</b>					

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

<b>Hasta Adı Soyadı</b>	
<b>Doğum Tarihi/ Cinsiyet</b>	
<b>T.C. Kimlik No</b>	
<b>İletişim Bilgileri</b>	

Yapılacak genetik test sadece yukarıda belirtilen genetik çalışma içindir. Yapılacak genetik çalışmada numune kaynaklı faktörler, ilaç kullanımı, hücrel faktörler ve kültür başarısızlığı, ve sonuç verilememesi gibi nadiren ortaya çıkabilecek riskleri, ayrıca yanlış negatif/pozitif sonuç verilebileceği, gerektiğinde tekrar örnek istenebileceği ihtimalini anlıyor ve kabul ediyorum. Test sürelerinin hastaya ve laboratuvara ait faktörler nedeniyle verilen süreyi aşabileceği ihtimalini anlıyor ve kabul ediyorum.

Yapılacak genetik çalışma ve işlemlerin faydaları, riskleri ve sınırlamaları hakkında genetik test istemini yapan doktor tarafından bilgilendirildim. Yukarıda belirtilen genetik çalışmanın kendime ve/veya çocuğuma ait örnekte DONEGEN Genetik Hastalıklar Değerlendirme Merkezi tarafından yapılmasını talep ettiğimi ve merkeze tam izin ve yetki verdiğimi beyan ederim. Kendime ve/veya çocuğuma ait örneğin kimlik bilgilerim saklı tutularak test doğrulama, eğitim ve bilimsel araştırma amaçlı kullanılmasına ve saklanmasına izin veriyorum. İstedğim zaman bu iznin laboratuvar ile görüşülerek geri alınabileceği ve örneklerin imha edilmesini isteyebileceğimi anlıyor ve kabul ediyorum.

**Hasta/ Hastanın Velisi**

**Doktor/ Hemşire**

**Tarih**