

		PRENATAL ÖRNEKLER:
Hasta Adı Soyadı:		Ultrasonografi Belirlenen Cinsiyet
D.Tarihi/Cinsiyet:		Erkek <input type="checkbox"/>
T.C. Kimlik No:		Kız <input type="checkbox"/>
İletişim Bilgisi :		Şüpheli <input type="checkbox"/>
Göndren Merkez:		Bilinmiyor <input type="checkbox"/>
Gönderen Doktor:		POSTNATAL ÖRNEKLER:
Endikasyon:		Kemik iliği örneklerinde :
		WBC Değeri.....
		Blast Yüzdesi

ENDİKASYON

- İleri Anne Yaşı
- Tarama Testlerinde Artmış Risk T21 T18 Yüksek AFP Diğer
- Anormal Non-Invasive Prenatal Test (NIPT) T21 T18 T13 Diğer
- Ailede Kromozomal Anomali Öyküsü:
- Prenatal Ultrason Bulgusu:

TESTİN ADI

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Amniyon Sıvısından Kromozom Analizi | <input type="checkbox"/> Amniyon Sıvısından Hızlı Anöploidi Paneli (FISH)-2 (13,18,21, X,Y) | <input type="checkbox"/> WOLF-Hirchhorn Sendromu-4p16 Delesyonu WHSC1* |
| <input type="checkbox"/> KaryonVillus Örneğinden (CVS) Kromozom Analizi** | <input type="checkbox"/> Williams Sendromu-7q11.23 Delesyonu* | <input type="checkbox"/> X ve Y Kromozom FISH |
| <input type="checkbox"/> Periferik Kanda Kromozom Analizi* | <input type="checkbox"/> DiGeorge Sendromu* | <input type="checkbox"/> SRY FISH |
| <input type="checkbox"/> Kordosentez Materyalinden Kromozom Analizi* | <input type="checkbox"/> Preder Wili/Angelman-15q11-q13 Delesyon (SNRPN)* | <input type="checkbox"/> Moleküler Karyotipleme (Tüm Genom Delesyon Duplikasyon)*** |
| <input type="checkbox"/> Düşük Materyalinden Kromozom Analizi** | <input type="checkbox"/> SOTOS Sendromu-Del 5q35 (NSD1 Delesyonu)* | |

(*) Heparinli Tüp (**) Transport Besiyeri (***) EDTA' lı Kan

NOT:

İstem Formu üzerinde bulunmayan testler için web sitemizi inceleyebilir veya merkezimizle iletişime geçebilirsiniz.

UYARILAR:

- Tıbbi gereklilik halinde uygulanır.
- Amniosentez materyali gönderirken kesinlikle siyah contalı enjektör kullanmayınız

- Deri Biyopsi Kültüründen Kromozom Analizi**
- Kemik İliğinden Kromozom Analizi*
- DEB (Diepoksibütan) Analizi*
- SCE (Sister Chromatid Exchange)*

- Subtelomerik FISH-Subtelomerik Delesyon Taraması*
- Kalman Sendromu-KAL1 Gen Delesyonu-Del Xp22.3*
- Streoid Sülfataz Eksikliği- STS Gen Delesyonu*
- SHOX Delesyonu

DİĞER TESTLER	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Hastanın Adı Soyadı

İmzası

(*) Heparinli Tüp (**) Transport Besiyeri (***) EDTA' lı Kan

NOT:

İstem Formu üzerinde bulunmayan testler için web sitemizi inceleyebilir veya merkezimizle iletişime geçebilirsiniz.

UYARILAR:

- Tıbbi gereklilik halinde uygulanır.
- Amniosentez materyali gönderirken kesinlikle siyah contalı enjektör kullanmayınız