



Marmara Üniversitesi Çocuk Endokrinoloji ve Diyabet Kliniği Hasta Onam Formu

1. Bu form yukarıda belirtilen analizlerin bana/doğacak olan bebeğime/isimleri yazılı olan çocuklarıma (endikasyon).....hastalığını belirlemek amacıyla yapılmasını talep ettiğimin ve merkezimize tam yetki ve onay verdiğimin beyanıdır.
2. Kan alınması sırasında iğne batmasına bağlı olarak acı duyulabilir, sonrasında nadiren enfeksiyon gelişebilir. Genetik test sonucuna bağlı olarak sosyal, ekonomik ve psikolojik sorunlar ortaya çıkabilir.
3. Kan örnekleri venöz kandan alınacaktır. Lüzum halinde tükürük örneği veya ağız içi epiteli de analiz için kullanılabilir. Biyopsi, düşük materyali, amniyon sıvısı ve koryon villus biyopsisi (CVS) gibi örnekler doktorum tarafından özel koşullarda alınacaktır.
4. Genetik testler yapıları gereği oldukça karmaşık ve özel malzemeler gerektirmektedir. Bu nedenle testin iyi çalışmaması veya sonucun hatalı olması ihtimali küçük de olsa vardır. Nadiren bireyin DNA'sındaki farklılıklar ve yeni mutasyonlar taşıyıcılık durumunun veya hastalığın tespitinde bir belirsizliğe sebep olabilir.
5. Yapılan genetik test yukarıda belirtilen hastalık/endikasyona yönelik olup diğer hastalıklar hakkında bilgi verici değildir. Test sonucunda diğer bir genetik özellik de istenmeden açığa çıkabilir veya bir testin normal olması diğer hastalıklar hakkında bilgi verici değildir ve testi yapılan bireyin tamamen sağlıklı olacağını garantilemez.
6. Testler mümkün olan en hızlı şekilde çalışılmaktadır ancak hastaya özel farklılıklar veya daha ileri inceleme ve doğrulama ihtiyacı, belirtilen ortalama sonuçlanma sürelerinin uzamasına neden olabilir.
7. Örnekler laboratuvarında barkotlanarak çalışılmaktadır. Sonuçlar doktorunuz haricinde kimse ile paylaşılmayacaktır. Aksi daha önce belirtilmediği takdirde sonuçlar test yapılan kişinin birinci derece yakınları dışında kimse tarafından teslim alınamaz.
8. Kimliğimin saklı kalması koşulu ile, örneğimin ve test sonuçlarımla, elde edilen verilerin ve fotoğrafların bilimsel çalışmalarda, test doğrulama ve eğitim amacıyla kullanılmasına, süresiz olarak saklanmasına izin veriyorum. Bu izni herhangi bir zamanda ilgili sorumlu ile görüşerek geri alabileceğimi biliyorum.
9. Belirli aralıklarla çalışılacak olan örnekler için tetkik kaydı açılması gereklidir.
10. Genetik tanı ve ilgili konulardaki sorumlulukların bana ait olduğunun bilincinde olduğumu, hiçbir şiddet, tehdit ve maddi veya manevi baskı altında kalmaksızın genetik tanıyı kabul ettiğimi ve bana yukarıda belirtilen işlemin yapılmasına izin verdiğimi beyan ederim.
11. *.....

(*) buraya hasta ya da yasal temsilcisi tarafından el yazısı ile 'Yukardakileri okudum anladım ve bir nüshasını elden aldım' ibaresi yazılacaktır

Hastanın/Velisinin Adı-Soyadı:

Görevli Dr. Adı-soyadı:

Adres/Telefon:

Tarih

İmza

Tarih

İmza