

SPERM ANALİZİ İSTEM FORMU

Hasta Adı: T.C. Kimlik No:
Eş Adı: Doğum Tarihi:
Gön.Dr./Merkez: Telefon:
e-Mail: Tarih:

- ☐ **SPERM DNA HASAR PANELİ**
- SPERMİOGRAM
 - SEMENDE OKSİDATİF STRES TAYİNİ (ROS ANALİZİ)
 - SEMENDE APOPTOZİS TAYİNİ (ANNEKSİN)
 - SPERM DNA HASAR TESTİ
- ☐ **HAPLOİDİ PANELİ** [☐ SEMEN] [☐ TESE DOKUSU]
- SPERMATOGENEZ GEN EKSPRESYON TAYİNİ (LIM15, ESX1, TEX101, PCNA)
 - SPERM FISH
- ☐ **POST MAYOTİK SPERM PANELİ** [☐ SEMEN] [☐ TESE DOKUSU]
- POST MAYOTİK SPERM
 - SPERMATOGENEZ GEN EKSPRESYON TAYİNİ (LIM15, ESX1, TEX101, PCNA)
- ☐ **SPERM FISH** [☐ SEMEN] [☐ TESE DOKUSU]
- ☐ **SPERMATOGENEZ GEN EKSPRESYON TAYİNİ** [☐ SEMEN] [☐ TESE DOKUSU]
(LIM15, ESX1, TEX101, PCNA)
- ☐ **SEMENDE OKSİDATİF STRES TAYİNİ**
(ROS ANALİZİ)
- ☐ **SEMENDE APOPTOZİS TAYİNİ**
(ANNEKSİN)
- ☐ **SPERM DNA HASAR TESTİ**
- ☐ **SPERMİOGRAM**
- ☐ **ERKEK İNFERTİLİTE PANELİ**
- DİĞER**

NOT:

MİKROGEN LABORATUVARI BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAY FORMU

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 MikroGen Genetik Tanı 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

Adı Soyadı

Doktor/Hemşire

Adı Soyadı

Tarih

..... / / 20.....

ANKARA LABORATUVARI

Reşit Galip Caddesi No:18 Çankaya / ANKARA
Tel: 0(312) 427 48 01 (pbx) - 0(554) 496 14 02

İSTANBUL LABORATUVARI

Beyaz Ofis İş Merkezi B Blok No:3 E-5 Yolu Pendik
Tel: 0(216) 306 06 20 - 0(539) 857 56 01 İSTANBUL

info@mikrogenlab.com

www.mikrogenlab.com