



LABOR GROUP

Limbak

EKZOM/GENOM TESTLERİ ONAM FORMU

HASTA BİLGİLERİ BARKOD	ADI SOYADI		CİNSİYET	<input type="checkbox"/> KADIN <input type="checkbox"/> ERKEK
	DOĞUM TARİHİ		ÖRNEK TÜRÜ VE BİLGİLERİ	
	ADRES		<input type="checkbox"/> Periferik Kan (2-6 ml, EDTA'lı tüp)	
	TELEFON (GSM)		<input type="checkbox"/> DNA (En az 2 µg) Konsantrasyon _____ (µg/ml) Hacim _____ (µl)	
GÖNDEREN HEKİM KAŞE İMZA	ADI SOYADI		<input type="checkbox"/> Diğer (belirtiniz) _____	
	KURUM			
	TELEFON		ÖRNEK TARİHİ	
	E-POSTA		ÖRNEK SAATİ	

TEST SEÇİMİ		
TEST ADI	ÖRNEK TİPİ	ÇALIŞMA TÜRÜ
<input type="checkbox"/> Tüm Ekzom Dizileme (WES)	<input type="checkbox"/> POSTNATAL	<input type="checkbox"/> SOLO
<input type="checkbox"/> Tüm Genom Dizileme (WGS)	<input type="checkbox"/> PRENATAL	<input type="checkbox"/> DUO (Aile bireyleri için aşağıdaki alanları doldurunuz)
		<input type="checkbox"/> TRIO (Aile bireyleri için aşağıdaki alanları doldurunuz)

AİLE BİREYLERİ BİLGİLERİ					
BABA ADI SOYADI		YAŞI	ETKİLENMİŞ İSE İŞARETLEYİNİZ*	<input type="checkbox"/>	
ANNE ADI SOYADI				<input type="checkbox"/>	
KARDEŞ/DİĞER				<input type="checkbox"/>	

*İşaretlenen Bireyler için ayrıntılı bilgileri klinik bilgiler kısmına ekleyebilirsiniz.



LABOR GROUP

Limbak

EKZOM/GENOM TESTLERİ ONAM FORMU

KLİNİK ENDİKASYON/ BULGULAR	BULGULARIN BAŞLANGIÇ YAŞI	
	HASTA ETKİLENMEMİŞ İSE İŞARETLEYİNİZ	<input type="checkbox"/>
	AKRABA EVLİLİĞİ	<input type="checkbox"/> VAR <input type="checkbox"/> YOK
	ETKİLENMİŞ KARDEŞ	<input type="checkbox"/> VAR <input type="checkbox"/> YOK

KLİNİK BİLGİLER

FOTO

SOYAĞACI/SOYGEÇMİŞ BİLGİLERİ