

## Test İstek Formu

Requisition Form

LÜTFEN ÖRNEK TOPLAMA KİTİ İÇERİSİNDEN ÇIKAN BARKOD ETİKETİNİ  
AŞAĞIDAKİ KUTUYA YAPIŞTIRINIZ:

### 1 HASTA BİLGİLERİ

PATIENT INFORMATION

Soyadı, Adı:  
Patient Name (Last, First)

Referans Numarası:  
Patient ID

Doğum Tarihi: GÜN / AY / YIL  
Patient DOB Day Month Year

Yumurta donörü kullanıldı mı, taşıyıcı anne mi? Evet  Hayır   
Was an egg donor or surrogate used? Yes No

Çoğul gebelik (ikiz, üçüz vs) var mı? Evet  Hayır   
Is this a multiple gestation pregnancy? Yes No

Anne bilinen mikrodelsyon taşıyıcısı mı? Evet  Hayır   
Is mother a known microdeletion carrier? Yes No

Bu test, yumurta donörü kullanmış gebelere, taşıyıcı annelik yapmakta olan gebelere ve de teyit edilmiş/şüphelenilen çoğul gebelere (kaybolan ikiz de dahil) uygulanamaz. Mikrodelsyon paneli annenin taşıdığı herhangi bir mikrodelsyon için sonuç veremez, bu durumda başka bir test düşünülmelidir.

This test cannot be run for patients who have used an egg donor or surrogate, or have a confirmed or suspected multiple gestation pregnancy (including vanishing twins). The microdeletion panel will not return results for any microdeletion the mother carries, and another form of testing should be considered.

Gebelik Haftası: HAFTA + GÜN  
Gestational Age weeks days

\* Gebelik en az 9 hafta + 0 günlük olmalıdır!  
Gestational age must be at least 9 weeks + 0 days

Annenin kilosu: kg Annenin Boyu: cm  
Maternal weight Maternal height

### 2 İSTEKTE BULUNAN KURUM

ORDERING ORGANIZATION

Laboratuvar  
Laboratory **Centro Laboratories**

Telefon  
Telephone **0090 212 320 64 00**

LIMS-ID **3088 CEBILA01**

İstekte bulunan doktor  
Ordering Clinician

KAN ALINMA TARİHİ: Date of Blood Draw (DD / MM / YYYY)

GÜN / AY / YIL

HASTANIN İMZASI: Patient's signature

ÖNEMLİ NOT: Eğer yeterli genetik materyal (DNA) elde edilemezse, tekrar kan istenebilir.  
Please Note: If insufficient genetic material (DNA) is obtained, a redraw may be requested.

### 3 İSTENİLEN TARAMA TESTİ (SADECE BİR PANEL SEÇİNİZ)

REQUESTED SCREENING TEST (SELECT ONLY ONE PANEL)

- TEMEL PANORAMA TEST (Kromozom 13, 18, 21, X & Y, Triploidi)  
(Chromosomes 13, 18, 21, X & Y, Triploidy)
- PANORAMA TEST VE 22q.11 (Kromozom 13, 18, 21, X & Y, Triploidi, 22q11.2)  
(Chromosomes 13, 18, 21, X & Y, Triploidy, 22q11.2)
- GENİŞLETİLMİŞ PANORAMA TEST (Kromozom 13, 18, 21, X & Y, Triploidi, 22q11.2, 1p36, Cri-du-chat, Angelman, Prader-Willi)  
(Chromosomes 13, 18, 21, X & Y, Triploidy, 22q11.2, 1p36, Cri-du-chat, Angelman, Prader-Willi)

Lütfen ilgili olan tüm klinik bulguları işaretleyiniz (Please select all appropriate clinical indications)

- İleri anne yaşı, ilk gebelik  
Advanced maternal age, 1st pregnancy
- İleri anne yaşı, ilk gebelik değil  
Advanced maternal age, not 1st pregnancy
- Anormal ya da pozitif serum tarama sonucu  
Abnormal or positive serum screening
- Fetüsü etkileyebilecek ailesel hastalık  
Possible hereditary disease affecting fetus
- Diğer antenatal taramalar  
Other specified antenatal screening
- Fetüste olduğu bilinen veya olmasından şüphelenilen diğer anomaliler  
Other known or suspected abnormality in fetus affecting maternal management
- Belirtilmemiş diğer antenatal taramalar  
Unspecified antenatal screening
- Problemlü üreme geçmişi (daha önce anöploidili gebelik)  
Pregnancy with poor reproductive history (prior pregnancy with aneuploidy)
- Diğer (lütfen İngilizce doldurunuz):  
Other