

Adı Soyadı:..... T.C. No:..... D. Tarihi:.....

Cinsiyeti / K ☐ E ☐

Hasta İletişim Bilgisi:.....

BARKOD

Doktor/Kurum İletişim Bilgisi:..... Numune Alma Tarih - Saat :/../..

On Tanı/Klinik Bilgi:.....

Hasta Şikayetleri:..... Numune Türü/ Alınan Anatomi Bölge:.....

BIYOKİMYA

- ☐ GLUKOZ AÇLIK
☐ GLUKOZ TOKLUK
☐ PP GLUKOZ
☐ O.G.T.T.....gr.
☐ C-PEPTİD
☐ GLIKOLİZE HEMOGLOBİN (HbA1c)
☐ GLUKOZ 6 FOSFAT DEHİDROGENAZ
☐ ÜRE
☐ BUN
☐ KREATİNİN
☐ ÜRIK ASİT
☐ ÜRE KLİRENSİ
☐ KREATİNİN KLİRENSİ
☐ TOTAL KOLESTEROL
☐ HDL KOLESTEROL
☐ LDL KOLESTEROL
☐ VLDL KOLESTEROL
☐ TRİGLİSERİD
☐ TOTAL LİPİD
☐ SGOT (AST)
☐ SGPT (ALT)
☐ GGT
☐ ALKALEN FOSFATAZ (ALP)
☐ LDH
☐ CK
☐ CK-MB
☐ AMİLAZ
☐ LİPAZ
☐ PSEUDOKOLİNESTERAZ
☐ TOTAL BİLİRUBİN
☐ DİREK BİLİRUBİN
☐ İNDİREK BİLİRUBİN
☐ TOTAL PROTEİN
☐ ALBÜMİN
☐ GLOBÜLİN
☐ SODYUM
☐ POTASYUM
☐ KLOR
☐ KALSİYUM, TOTAL
☐ KALSİYUM İYONİZE
☐ FOSFOR
☐ MAGNEZYUM
☐ ÇİNKO
☐ Selenyum
☐ DEMİR
☐ DEMİR BAĞ, KAP
☐ FERRİTİN
☐ MİKROALBÜMİN (SPOT İDRAR)
☐ GLUKOZ (İDRAR)
☐ KALSİYUM (İDRAR)
☐ MAGNEZYUM (İDRAR)
☐ SODYUM (İDRAR)
☐ POTASYUM (İDRAR)
☐ SPESİFİK ALERJİ TESTİ (HER BİRİ)
☐ DRUG ABUSE TARAMA TESTİ
(İDRARDA UYUŞTURUCU)

MİKROBİYOLOJİ

- ☐ BOĞAZ KÜLTÜRÜ
☐ ANTİBİYOTİK DUYARLILIK TESTİ
☐ GAITA KÜLTÜRÜ
☐ KAN KÜLTÜRÜ
☐ MANTAR KÜLTÜRÜ
☐ GONOKOK KÜLTÜRÜ
☐ ÜREPLAZMA KÜLTÜRÜ
☐ (MYCOPLAZMA) KÜLTÜRÜ
☐ CHYLAMİDYA KÜLTÜRÜ
☐ BOYALI MİKROSKOP İNCELEME
☐ İDRAR KÜLTÜRÜ
☐ STREP A (HIZLI BETA TESTİ)
☐ İNFLUENZA A/B
☐ BURUN KÜLTÜRÜ
☐ BALGAM KÜLTÜRÜ

ELEKTROFOREZLER

- ☐ İMMUNELEKTROFOREZ
☐ PROTEİN ELEKTROFOREZİ
☐ HEMOGLOBİN ELEKTROFOREZİ (HPLC)
☐ LİPİT ELEKTROFOREZ

HEMATOLOJİ

- ☐ HEMOGRAM (2024 parametre)
☐ SEDİMENTASYON
☐ KANAMA ZAMANI
☐ PIHTILAŞMA ZAMANI
☐ LÖKOSİT SAYIMI (MANUEL)
☐ PROTROMBİN ZAMANI (AK, INR)
☐ APTT
☐ D-DİMER
☐ FİBRİNOJEN
☐ DİREKT COOMBS
☐ İNDİREK COOMBS
☐ KAN GRUBU
☐ CROSS-MATCH
☐ PERİFERİK YAYMA (FORMÜL LÖKOSİT) MANUEL
☐ HEMATOKRİT

SEROLOJİ

- ☐ ANTI HCV
☐ HIV P24 AG
☐ H. Pylori IgG
☐ BRUCELLA Tüp Ag.
☐ GRUBER-WIDAL
☐ TPHA
☐ VDRL-RPR
☐ WEINBERG TESTİ (EKİNOKOK İHA)
☐ ANTI-KARDİOLİPİN IgG
☐ ANTI-KARDİOLİPİN IgM
☐ VARİCELLA ZOSTER IgG
☐ VARİCELLA ZOSTER IgM

- ☐ ANTI-TOXOPLAZMA IgG
☐ ANTI-TOXOPLAZMA IgM
☐ ANTI-RUBELLA IgG
☐ ANTI-RUBELLA IgM
☐ HERPES SİMPLİKS Tip 1 IgG
☐ HERPES SİMPLİKS Tip 1 IgM
☐ ANTI-CMV IgG
☐ ANTI-CMV IgM
☐ HBsAg (ELİSA)
☐ ANTI-HBS
☐ HBeAg
☐ ANTI Hbe
☐ ANTI-HBc IgM
☐ ANTI-HBc IgG
☐ ANTI-HAV IgM
☐ ANTI-HAV IgG
☐ EBV VCA IgG
☐ EBV VCA IgM
☐ HBV DNA GENOTİP TAYİNİ
☐ HBV RNA GENOTİP TAYİNİ
☐ HLA B5 (51,52)
☐ HLA B27 ANTİJENİ
☐ HLA B7
☐ HSV TİP 2 IgM
☐ HSV TİP 2 IgG
☐ RUBEOLA (KIZAMIK) IgG
☐ RUBEOLA (KIZAMIK) IgM
☐ SS-A ANTİKORU
☐ SS-B ANTİKORU
☐ ANA
☐ ANTI-dsDNA

İDRAR TETKİKLERİ

- ☐ İDRAR MİKROSKOPİSİ
☐ İDRAR TETKİKİ (STRİP İLE)
☐ İDRARDA GEBELİK TESTİ

ROMATİZMA TESTLERİ

- ☐ ASO
☐ CRP
☐ RF
☐ ANA
☐ ANTI-dsDNA
☐ ANTI-DNA

HORMONLAR

- ☐ FSH
☐ LH
☐ PROLAKTİN
☐ ESTRADİOL
☐ PROGESTERON
☐ TESTOSTERON Total
☐ *TESTOSTERON Serbest
☐ Beta-HCG
☐ *DHEA-SO 4
☐ *TOTAL T3
☐ *TOTAL T4
☐ SERBEST T3
☐ SERBEST T4
☐ TSH
☐ *TRAK
☐ *NEONATAL TSH
☐ *PARATHORMON (PTH)
☐ VİTAMİN D (25 HİDROKİL VİTAMİN D)
☐ VİTAMİN B12
☐ FOLAT (FOLİK ASİT)
☐ İNSULİN AÇLIK
☐ İNSULİN TOKLUK
☐ İNSULİN DİRENCİ (HOMA - IR)
☐ *17 OH PROGESTERON
☐ *AMH (ANTI MÜLLERİAN HORMON)
☐ ANTI TPO
☐ ANTI TG
☐ TOTAL İGE
☐ IgA
☐ IgM
☐ IgG
☐ *GROWTH (BÜYÜME) HORMON (GH)
☐ *HOMOSİSTEİN
☐ *IGF-1
☐ *İNHİBİN A
☐ *İNHİBİN B
☐ PRO BNP (BNP NT PROPEPTİT)
☐ PROKALSİTONİN
☐ *KORTİZOL, SAHAH
☐ *KORTİZOL, AKŞAM

TÜMÖR MARKER

- ☐ CEA
☐ CA 125
☐ CA 15-3
☐ CA 19-9
☐ *CA 72-4
☐ AFP
☐ PSA, TOTAL
☐ PSA, SERBEST
☐ *CA 50

GAİTA TETKİKLERİ

- ☐ DİREKT MİKROSKOPİ
☐ GİZLİ KAN
☐ *ANAL BANT
☐ D. PARAZİT İNCELEMESİ MANUEL
☐ ROTAVİRUS ANTİJENİ
☐ ADENOVİRUS ANTİJENİ
☐ *HELICOBACTER PYLORI AG

İLAÇ DÜZEYİ

- ☐ *LİTYUM
☐ *VALPROİK ASİT (DEPAKİN)
☐ *DOPAMİN
☐ *EPİNEFRİN
☐ *LAMOTRİGİNE (LAMİSTAL)

DİĞER TETKİKLERİ

- ☐ *İKİLİ TARAMA TESTİ
☐ *ÜÇLÜ TARAMA TESTİ
☐ *DÖRTLÜ TARAMA TESTİ
☐ *YENİ DOĞAN TARAMASI (GUTHRIE)
☐ SPERMİYOGRAM (KRUGER)
☐ *ANTI-SPERM ANTİKOR (ASA)
☐ *AFP MOM
☐ *NİFTY TARAMA TESTİ

Tetkik istem formunda belirtilen testlerin çalışılacağı Merkez / Bayıru laboratuvarları hakkında gerekli bilgilerin taratma verildiğini beyan ederim.

Hastanın Adı-Soyadı:

İmza

* İle işaretlenmiş testler anlaşmalı başvuru laboratuvarlarımızda çalışılmaktadır.

İSTEYEN DOKTOR / İMZA - KAŞE

Özel Birim Tıbbi Tahlil Laboratuvarı'nda yapılacak her türlü işlemler ve girişimler için bilgi almak en doğal hakkınızdır. Bu form numunelerin alınması, saklanması, çalışılması, değerlendirilmesi ve sonuçların size aktarımı ile ilgili olarak, yasal zorunluluk uyarınca hazırlanmıştır ve forma onay vermeniz gerekmektedir.

*Benim ve/veya aile bireylerim için, yapılacak olan testlerin, numune türü ve alınma şekli, sonuçlanma süresi, tekrarlanma veya sonuç alamama riski vb. hakkında en açık şekilde sözlü olarak aydınlatıldığımı,

*Tetkiklerim içerisinde dış laboratuvarda çalışılacak testler varsa bunlarla ilgili bilgilendirildiğimi,

*Aşağıda belirtilen durumlarda kan/numune alımının tekrarlanabildiğini ve dolayısıyla sonuçların çıkmasında gecikme olabileceğini;

- İlk girişimde yeterli miktarda kan/numune alınamaz ya da test işlemlerinde hata gelişirse
- Yapılan testlerde herhangi bir patoloji bulunması durumunda sonucun doğrulanması için
- Yapılan testlerin bilimsel ve/veya çevresel etkenler nedeniyle rapora esas teşkil edecek şekilde yeterli sonuç verememe veya yalancı pozitif/negatif sonuç verebilme olasılığının bulunduğunu, testlerin sonuç vermemesi

*Kan alınması sırasında, uygulama yapılan bölgede acı, ağrı, hemoraji vb. yan etkilerin görülebilme riskinin olabileceğini

*Sonuçlarımın hiçbir kişi, kurum ve kuruluş ile rızam olmadan paylaşamayacağımı, her koşulda gizli tutulacağını, ancak araştırma eğitim ya da test standardizasyonu, kalibrasyonu gibi amaçlarla ileride anonim olarak kullanılmak üzere laboratuvar tarafından saklanabileceğini ve kullanılabileceğini veya sonuç raporu hazırlandıktan sonra imha edileceğini,

*Yasal otoritenin; benim bilgilerime ve/veya aile bireylerime dair bilgilere ulaşmak istemesi durumunda, bilgilerin paylaşıldığı ile ilgili hususta tarafıma bilgi verilmesi gerekmediğini,

*Onayım, benim ve/veya aile bireylerimin test sonuçlarını takip eden hekimlere, bana veya yetkilendireceğiniz başka bir kişiye e-posta yoluyla gönderilebileceğini (Bunun için aşağıda "Rapor Teslimi için Yetkilendirme Onamı" bölümüne yetkilendirme isteğinizi ve kimi yetkilendireceğinizi e-posta adresini ve cep telefon numarasını eksiksiz belirtmeniz gerekmektedir.),

*Yukarıda belirtilen durumlar dışında konuyla ilgili olarak sorduğum tüm sorulara cevap verildiğini ve aydınlatma görevinin yerine getirildiğini ve maddi-manevi hiçbir tehdit veya baskı altında olmadan ve bana ait sorumlulukların bilincinde olarak yapılacak laboratuvar hizmetlerini talep ve kabul ettiğimi ve test çalışılmalarının yapılmasına izin verdiğimi kabul ve beyan ederim.

Hastanın Adı-Soyadı

Onamı alanın Adı-Soyadı

İmza-Tarih

İmza-Tarih

Rapor Teslimi için Yetkilendirme Onamı: El yazısıyla yetkilendirmek istediğiniz kişinin Adı, Soyadı, e-posta adresini ve cep telefon numarasını yazıp imzalayınız.