



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

..... İLİ
..... AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ

EVLİLİK ÖNCESİ SMA/HEMOGLOBİNOPATİ TARAMASI SEVK ONAM FORMU

Evlilik Öncesi Sağlık Raporu almak için aile hekimliği birimine müracaat ederek kan örneği verdik. Tetkik sonucunda taşıyıcılık durumumuzla ilgili sonuçlar (taşıyıcı, şüpheli) konusunda tarafımıza bilgi verildi. Kalıtsal kan hastalıklarından Hemoglobinopatiler/ SMA ve olası sonuçları hakkında bilgilendirildik. Hastalıkla ilgili ileri tetkikleri yaptırmamız ve gerekli tedaviler ile sağlıklı bebek sahibi olabilmemiz için hematoloji uzmanına/dahiliye uzmanına/tıbbi genetik uzmanına gitmemiz gerektiği söylendi. Hastalıkla ilgili ileri tanısal incelemeleri yaptırmamız ve tıbbi genetik uzmanından genetik danışmanlık almamız gerektiği belirtildi.

İlgili uzmana gitmediğim ya da uzmanın önerdiği takip ve tedavilere uymadığım takdirde, tüm sorumluluğun tarafımıza ait olacağını ve hiçbir görevli kişi, kurum ve kuruluş hakkında hukuki ve cezai dava açmayacağımızı kabul ve taahhüt ederiz.

KADIN EŞ/EŞ ADAYI

Adı Soyadı :

T.C. Kimlik No:

Telefon :

Adres :

...../...../.....

İmza.....

ERKEK EŞ/EŞ ADAYI

Adı Soyadı :

T.C. Kimlik No:

Telefon :

Adres :

...../...../.....

İmza.....

Kimlik bilgileri yukarıda yazılı olan kişi/kişilere SMA/Hemoglobinopati hastalıkları ve tarama sonuçları ile bundan sonra yapacakları işlemler hakkında bilgi verilmiş olup, imzaladığı bu onam kendisine tebliğ edilmiştir.

DANIŞMANLIK VEREN

Adı Soyadı :

...../...../.....

İmza.....

ONAYLAYAN

Adı Soyadı :

...../...../.....

İmza.....