

T.C.
BURSA 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 her ikimizin / birimizin hasta / şüpheli / taşıyıcı çıktığı bilgisi tarafımıza verildi. Kalıtsal kan hastalıklarından hemoglobinopatiler / SMA ve olası sonuçları hakkında bilgilendirildim. Hastalıkla ilgili ileri tetkikler yapılması ve sağlıklı bebek sahibi olabilmemiz amacıyla gereken tedaviler için hematoloji uzmanına / dahiliye uzmanına / tıbbi genetik uzmanına gitmemiz gerektiği söylendi

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

KADIN EŞ / EŞ ADAYI

ERKEK EŞ /EŞ ADAYI

Adı, Soyadı :

Adı, Soyadı :

T.C. Kimlik No :

T.C. Kimlik No :

Telefon :

Telefon :

Adres :

Adres :

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

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

İmza:

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

ONAYLAYAN

Adı, Soyadı :

Adı, Soyadı :

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

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

İmza:

İmza: