



NÖROGENETİK HASTALIKLAR İÇİN MUTASYON TARAMA İSTEK FORMU

Hasta Bilgileri

Adı Soyadı: DNA No:
Doğum Tarihi ve Yeri: Gelen Materyal :
Adres ve Telefon: Materyal Geliş Tarihi:

İstek Yapan Hekim Bilgileri

Adı Soyadı:
Çalıştığı Kurum ve Bölümü: Telefon No:

Klinik Tanı ve İstenen Genetik Tetkik

Ön Tanı:

Başvuru Sebebi:

Tanı doğrulama Tanı dışlama Preseptomatik

Hastalık Bulguları :

Başlangıç yaşı:

Yürüme güçlüğü	var <input type="checkbox"/>	yok <input type="checkbox"/>	
Merdiven çıkmada güçlük	var <input type="checkbox"/>	yok <input type="checkbox"/>	
Hareket güçlüğü	var <input type="checkbox"/>	yok <input type="checkbox"/>	
Ani istemsiz kasılmalar	var <input type="checkbox"/>	yok <input type="checkbox"/>	
Aile öyküsü	var <input type="checkbox"/>	yok <input type="checkbox"/>	varsa kimlerde:
Akraba Evliliği	var <input type="checkbox"/>	yok <input type="checkbox"/>	

İstenen Tetkik:

- SMA (Spinal Musküler Atrofi) delesyon analizi
- DMD (Duschen Musküler Distrofi)/BMD (Becker Musküler Distrofi) delesyon analizi
- HD (Huntington hastalığı) üçlü tekrar artış analizi

Aile Ağacı: