

CTC

Kanda Dolaşan Tümör Hücreleri Analizi  
TEST İSTEM FORMU / TEST REQUEST FORMHASTA BİLGİLERİ  
PATIENT INFORMATIONAd soyad: \_\_\_\_\_  
Name surnameT.C.Kimlik no: \_\_\_\_\_  
Name surnameDoğum tarihi: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|  
Date of birth gün day ay month yıl yearCinsiyet:  Kadın  Erkek  
Sex Female MaleBoy: |\_|\_|\_| cm  
Maternal heightKilo: |\_|\_|\_| kg  
Maternal weightE-posta: \_\_\_\_\_  
E-mailÖRNEĞİ ALAN  
FOR THE COLLECTOR

Bu istek formu üzerine adı geçen hastanın kimliğini belirlediğimi, formda belirtilen örnek(ler) aldığımı ve hastanın adını, doğum tarihini ve örnek alma tarihini/saatini yazdığımı onaylıyorum.

I certify I established the identity of the patient named on this request, collected and immediately labelled the accompanying specimen(s) with the patient's name, DOB and date/ time of collection.

Örneği alanın adı soyadı \_\_\_\_\_  
Collector's name surnameİmza  
Signature

Tarih Date

|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|

Örnek tipi  
Sample typeKan alma tarihi  
Date collectedKan alma saati  
Date collected Tam kan Full blood

|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|

|\_|:|\_|:|\_|

## TEST İSTEĞİ TEST REQUEST

CTC İdentifikasyon Test Paneli   
CTC Identification PanelsER/PR/Her2 CTC Test Paneli   
ER/PR/Her2 CTC Test PanelPD-L1 CTC Test Paneli   
PD-L1 CTC Test Panel

## KURUM BİLGİSİ CLINIC INFORMATION

Kurum adı: \_\_\_\_\_  
Name of institutionÖrnek no: \_\_\_\_\_  
Sample IDKlinisyen: \_\_\_\_\_  
Clinician

Hastaya testin amacı, kapsamı ve kısıtlılığı hakkında bilgi verildiğini ve onay verdiğini teyit ediyorum.

I confirm that this patient has been counselled about the purpose, scope and limitations of the test and has given consent.

İmza  
Signature

Tarih Date

|\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|

## KLİNİK BİLGİ CLINICAL INFORMATION

ZORUNLU  
REQUIREDTanı tarihi: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|  
Diagnosis date ay month yıl yearEvre:  I  II  III  IV  
PhasePrimer tümör:  Meme kanseri  
Breast cancer  
 Kolorektal kanser  
Colorectal cancer  
 Akciğer kanseri  
Lung cancer  
 Diğer.....  
OtherPatojik alt tip:.....  
Pathological subtypeVarsa Metastaz bölgeleri:.....  
Sites of metastasisKemoterapi alıyor mu?  Evet  Hayır  
Are you receiving chemotherapy Yes NoSon kemoterapi tarihi :.....  
Last chemotherapy dateOperasyon durumu  Var  Yok  
Operation status Yes NoOperasyon tarihi :.....  
Operation date

## HASTA ONAMI / PATIENT CONSENT

- BU TEST SADECE ARAŞTIRMA AMAÇLI (RUO) OLARAK KULLANILABİLİR. TEK BAŞINA KANSER TANI VE TEDAVİSİNİ YÖNLENDİRME AMACIYLA KULLANILAMAZ.**  
*THIS TEST CAN BE USED ONLY FOR RESEARCH PURPOSES (Research Use Only (RUO)). IT CANNOT BE USED ONLY TO GUIDE CANCER DIAGNOSIS AND TREATMENT.*
- Bu test, kanser hastalarından alınacak kan örneği kullanılarak dolaşımdaki tümör hücrelerinin (CTC) tespiti ve analizi için kullanılır. CTC sayısı ve analizi doktorunuza hastalığınızın seyri, uygulanan terapinin etkinliği veya nüks olasılığı hakkında ek bilgi verir.**  
*This test is used for the detection and analysis of circulating tumor cells (CTC) using a blood sample from cancer patients. The CTC count and analysis gives your doctor additional information about the course of your disease, the effectiveness of the therapy administered, or the likelihood of recurrence.*
- Bu test sadece kanser teşhisi konmuş hastalarda, hastalığın takibi ve tedavinin yönlendirilmesine yardımcı olma amacı ile kullanılır.**  
*This test is only used in patients who have been diagnosed with cancer, to help monitor the disease and guide treatment.*
- Bu test bir tanı testi değildir. Bu test sonucunda CTC tespit edilmesi durumunda kanser tanısı konulamaz. Ancak böyle bir durumda doktorunuz sizi takibe alabilir veya diğer tanı yöntemlerine yönlendirebilir.**  
*This test is not a diagnostic test. If CTC is detected as a result of this test, cancer cannot be diagnosed. However, in such a case, your doctor may follow you or refer you to other diagnostic methods.*
- Test sonucunun pozitif olması kanda kanser hücresi varlığına işaret edebilir. Ancak, testin sonucu kanser tanı veya tedavisinde karar verdirici değildir. Benzer şekilde, negatif test sonucu kanda kanser hücresi olmadığını kanıtı değildir.**  
*A positive test result may indicate the presence of cancer cells in the blood. However, the test result is not decisive in making a diagnosis or deciding on treatment for cancer. Similarly, a negative test result does not prove the absence of cancer cells in the blood.*
- Eğer kemoterapi alıyorsanız, testi yaptırdığınız tarihte, kemoterapinin üzerinden en az 15 gün geçmiş olmalıdır.**  
*If you are receiving chemotherapy, at the time of the test, least 15 days must have passed since the chemotherapy.*
- Eğer bir ameliyat geçirdiyse, testi yaptırdığınız tarihte, ameliyatınızın üzerinden en az 1 ay geçmiş olmalıdır.**  
*If you have had an operation, at the time of the test, least 1 month must have passed since the operation.*
- Test öncesinde testin amacı, kısıtlılıkları ve özellikleri hakkında bilgilendirildim ve tüm sorularıma cevap aldım.**  
*Prior to the test, I was informed on the purpose, limitations and characteristics of the test, and was answered to all the questions that I had.*
- Kan örneğimin bir kısmının araştırma için saklanması için izin veriyorum ve saklanan tüm araştırma örneklerine ait kişisel bilgilerin kimliğimi açık etmeyecek şekilde tutulduğunu ve test örneklerinin incelenmesi için kullanıldığını anladım.**  
*I consent that part of my blood sample may be stored for research, and understood that the personal information of all the stored research samples are kept in unidentifiable format and utilized for studying test samples.*
- Yukarıda açıklanan kişisel bilgileri vermeyi kabul ediyorum. Veri analizleri sırasında kimlik bilgilerimin gizli kalacağını biliyorum.**  
*I consent for providing above described personal information. I know that my identity information will remain confidential during data analysis.*
- Test isteğinde bulunmadan önce bu testin kısıtlılıkları olduğu bana tam olarak anlatıldı; bunları ve bu test isteği öncesinde nelere onay verdiğimi anladım ve bu testi yaptırmak istiyorum.**  
*I was fully explained and understood the limitations of this test and the confirmations prior to requesting test, and I request this test.*

Formun tamamını okudum, onaylıyorum\*

*I have read the entire form, I approve\**

Hasta Ad/Soyad İmza

PatientName/Surname/Signature

Tarih Date

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Hasta Yakını Ad/Soyad İmza

Signature

Tarih Date

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**İşbu belge hasta/yasal vasi ile tartışılmış ve bilgilendirilmiş onam alınmıştır. İşbu belge huzurumda imzalanmıştır.**

*This document was discussed with the patient/legal guardian and informed consent was obtained. This document has been signed in my presence.*

Hekim /Onam Alan Kişi Ad/Soyad İmza

Clinician/Name/SurnameSignature

Tarih Date

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_