**........../............/ 201..**

**.......................................................Sigorta A.Ş.**

**Ad, Soyad :**

**T.C. Kimlik No :**

**Doğum Tarihi :**

**Poliçe No :**

**Yukarıda kimlik ve poliçe bilgileri yer alan, son adet tarihine göre ......................... haftalık canlı gebeliği mevcut olan (Ad, Soyad)..... ...................................................................... tarafımca takip edilmektedir. Hem Uluslararası hem de Ulusal Kadın Hastalıkları ve Doğum derneklerinin yakın zamanda yayımlamış oldukları Uzman Görüş Raporlarına göre gebeliği trizomiler açısından riskli grupta yer alan anne adaylarına non-invazif prenatal testlerin önerilebileceği bildirilmiştir. Anne ve bebeğe herhangi bir risk oluşturmayan serbest fetal DNA analizinin yapılması aşağıda işaretlemiş olduğum tıbbi endikasyondan dolayı gereklidir.**

**Testin istenme sebebi:**

**O Anne yaşının 35 yaş veya üzeri olması**

**o İkili, üçlü, dörtlü veya entegre testlerin birinde artmış trizomi riski saptanması**

**o Ultrasonografide artmış kromozom anomalisi riskine işaret eden bulguların görülmesi**

**o Önceki gebelikte kromozom bozukluğu hikayesi**

**o Ailede genetik yatkınlık, ebeveynlerde dengeli translokasyon varlığı**

**Saygılarımla,**

**............................................**

**Kaşe, İmza**