

## KROMOZOM ABERASYON ANALİZİ BAŞVURU FORMU:

Kod No :

Tarih :

Adı :

Soyadı :

Adres :

Tel :

### ÖZGEÇMİŞ:

Doğum Tarihiniz:

Cinsiyetiniz:

Kadın ( )

Erkek ( )

Bugüne kadar yaşadığınız yöreler:

### İŞ DURUMUNUZ:

Çalıştığınız kuruluşun adı nedir? İşten ayrıldıysanız en son çalıştığınız kuruluşun adı:

Kaç yıldır burada çalışıyorsunuz?

Daha önce ne tip işler yaptınız?

İşinizle ilgili olsun ya da olmasın herhangi bir mutajenik ajana maruz kaldınız mı?

	Evet	Hayır
Radyasyon ışınlaması	: ( )	( )
Asbest	: ( )	( )
Kömür Ürünleri	: ( )	( )
Tozlar (Ağaç, deri, ince metal parçaları)	: ( )	( )
Tarım İlacı veya Hormon	: ( )	( )
Petrol Ürünleri	: ( )	( )
Boyalar	: ( )	( )

Çözücüler : ( ) ( )  
Diğer Kimyasal Maddeler : ( ) ( )

Radyasyon ışınlamasına maruz kaldıysanız;

a) Fiziksel dozimetri kullanıyor musunuz ?

Evet ( ) Hayır ( )

Eğer Evet ise:

Film Badge ( ) TLD ( ) Kalem Dozimetre ( )

b) Kaza sırasında fiziksel dozimetre taşıyor muydunuz ?

Evet ( ) Hayır ( )

Eğer Evet ise vücudunuzun neresinde taşıyordunuz ?

c) Kaza sırasında maruz kaldığınız radyasyon kaynağı :

d) Kaza sırasında yanınızda başkaları da var mıydı ?

e) Kazayı kısaca anlatınız :

**SİGARA İÇME ALIŞKANLIĞI:**

Sigara ( ) Puro ( ) Pipo ( ) içiyor musunuz?

Ne kadar süredir içiyorsunuz ve miktarı :

Eğer içmiyorsanız daha önce hiç Sigara ( ), Puro ( ), Pipo ( ) içtiniz mi ?

Eğer İçtiyseniz:

Günde ne kadar içiyordunuz ?

Ne kadar süreyle içtiniz ?

Ne zaman bıraktınız?

**SAĞLIK DURUMUNUZ:**

Son on yıl içinde geçirdiğiniz önemli hastalıklar:

Teşhis ve tedavi amacıyla aldığınız X-ışınları veya diğer radyoaktif maddeler

Kullandığınız ilaç varsa, adı ve kullandığınız süre.

**GENETİK ÖZGEÇMİŞ:**

Ailenizi ve yakın akrabalarınızı etkileyen herhangi bir doğumsal özür veya genetik bir kusur var mı?

Evet ( )

Hayır ( )

Eğer cevabınız evet ise lütfen tanımlayınız:

Ailenizde veya yakın akrabalarınızda kanser hastalığı geçiren kimse var mı?

Evet ( )

Hayır ( )

Eğer cevabınız evet ise tipini lütfen tanımlayınız

Siz /sizin eşiniz çocuk sahibi olmakta güçlükle karşılaştınız mı?

Evet ( )

Hayır ( )

Eğer cevabınız Evet ise lütfen tanımlayınız:

**DAHA ÖNCE ANALİZİNİZ YAPILDIYSA :**

Daha önceki analizde Biyolojik Doz tespit edilmiş miydi ?

Evet ( )

Hayır ( )

Eğer cevabınız Evet ise tespit edilen doz ne kadardı ?

Bu analizden sonra teşhis, tedavi amacıyla veya kaza ile radyasyona maruz kaldınız mı ?

Ad Soyad:

İmza :