



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

GENEL MÜDÜR YARDIMCISI (Murat YAZICI)
TETKİK VE TEŞHİS HİZMETLERİ DAİRESİ BAŞKANLIĞI
5.03.2024 16:09:42 E-95966346-010.06-238542190



238542190

Sayı : 95966346 -
Konu : Soybağının Tespiti Testi

GENELGE
2024/2

İlgi : 28.10.2022 tarihli ve 2022/6 sayılı Soybağının Tespiti Testi Hakkında Genelge.

5901 sayılı Türk Vatandaşlığı Kanunu'nun "Saklı nüfus" başlıklı Ek 1 inci maddesinde (Ek: 19/10/2017-7039/33 md.); "onsekiz yaşını tamamlayıncaya kadar herhangi bir nedenle aile kütüğüne kayıt edilmemiş olan ve yabancı bir devletle vatandaşlık bağı bulunmayan kişilere; ana ve baba, bunların ölmüş olması halinde, varsa kardeşleri ile hısımlığını gösterir tıbbi rapor ibraz etmeleri durumunda Türk vatandaşlığını kazanır" hükmü ile 5490 sayılı Nüfus Hizmetleri Kanununun 15 inci maddesinin dördüncü fıkrasında; "Sağlık personelinin takibi dışında doğan çocukların doğum bildirimi nüfus müdürlüklerine sözlü beyanla yapılır. Her sözlü beyanda mülki idare amirinin emri ile aile hekimlerince beyanların doğruluğunun araştırılması zorunludur" hükmü çerçevesinde aile kütüklerine tescil işlemleri Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğüne yürütülmektedir.

Ancak aile kütüklerine tescil işlemlerinin yapılması sürecinde, kimlik tespiti yapılması gereken ilgili kişilerin "Soybağının Tespiti Testi"nin yapılarak tıbbi rapor düzenlenmesine yönelik iş ve işlemler Bakanlığımızca yürütülmektedir.

Bu itibarla; Soybağının Tespiti Testi yapılarak tıbbi rapor düzenlenmek üzere ilçe nüfus müdürlüklerine müracaat eden talep sahiplerinin, nüfus müdürlüğüne kimlik tespiti yapılarak düzenlenecek "Kimlik Tespit Formu 1-2 (Ek-1) (Ek-2)" ile kamu sağlık kurum/kuruluşuna başvurularından itibaren izlenilecek işlem adımları ve dikkat edilmesi gereken genel usul ve esaslar aşağıda belirtilmektedir.

1-Tanımlar:

- 1.1- Soybağının Tespiti Testi:** Talep sahiplerinin tanımlanmasında ve diğer bireylerden ayırt edilmesinde etkin olan özelliklerin tespit edilmesi amacıyla yapılan testi,
- 1.2- Kimlik Tespit Formu 1:** 18 (on sekiz) yaş üstü kişilerde saklı nüfus için kullanılacak formu (Ek-1),
- 1.3- Kimlik Tespit Formu 2:** 18 (on sekiz) yaş altı kişilerde sözlü beyanda kullanılacak formu (Ek-2),
- 1.4- Moleküler Genetik Raporu Formu:** Genetik hastalıklar değerlendirme merkezleri tarafından ilgili nüfus müdürlüğüne gönderilecek sonuç rapor formunu (Ek-3),
- 1.5- Numune Gözetim Zinciri Formu:** Numunenin kaybolmaması için, numuneyi alan kişinin, numuneyi laboratuvarında ve genetik hastalıklar değerlendirme merkezinde teslim alan kişilerin imzası bulunan formu (Ek-4)
- 1.6- Ödeme Makbuzu:** Soybağının Tespiti Testi yapılması için, talep sahipleri tarafından numunenin alınacağı hastanenin döner sermayesine yatırdığını gösterir belgeyi,



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

- 1.7- Saklı Nüfus:** On sekiz yaşını tamamlayıncaya kadar herhangi bir nedenle aile kütüğüne kayıt edilmemiş olan ve yabancı bir devletle vatandaşlık bağı bulunmayan kişileri,
- 1.8- Şahit Numune:** Test tekrarı yapılmasının gerekli olduğu hallerde veya test sonuçlarına yönelik herhangi bir itiraz olması durumunda kullanılmak üzere genetik hastalıklar değerlendirme merkezleri tarafından 6 ay süre ile saklanan numuneyi, ifade eder.

2- Genel Usul ve Esaslar:

- 2.1-** Soybağının tespiti; Soybağının Tespiti Testi ile yapılır.
- 2.2-** Soybağının Tespiti Testi için sadece, ilgili nüfus müdürlüğünden Ek-1 veya Ek-2 ile yapılacak müracaatlar kabul edilir.
- 2.3-** Soybağının Tespiti Testi, Bakanlığımızca yetkilendirilmiş, ruhsatlı ve Ek-6'da belirtilen genetik hastalıklar değerlendirme merkezlerinde yapılır.
- 2.4-** Numune alımını gerçekleştiren kamu sağlık kurum/kuruluşu tarafından genetik hastalıklar değerlendirme merkezine numune ile birlikte gönderilecek kargo paketinde; Ek-1 veya Ek-2, Ek-4 ile Ödeme Makbuzu bulundurulur.
- 2.5-** Soybağının tespiti testi bedeli, talep sahipleri tarafından ilk müracaat edilen kamu sağlık kurum/kuruluşuna numune başına ödenir. Soybağı tespitine yönelik herhangi bir işlem Sosyal Güvenlik Kurumuna fatura edilmez. İşlem bedelleri talep eden kurum veya kişi tarafından karşılanır.
- a)** Soybağının tespiti testi işlemleri; numunenin alındığı kamu sağlık kurum/kuruluşu tarafından "Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi"nde yer alan "SG101815-Soybağının Tespiti Testi Bedeli" ve "SG101816-Soybağının Tespiti Moleküler Genetik Raporlaması" hizmet kodları üzerinden tahsil edilir.
- b)** "SG101815-Soybağının Tespiti Testi Bedeli" hizmet kodu; S520030 kodlu normal poliklinik muayenesini ve test analiz bedeli olarak "G100380-Konvansiyonel (Sanger) DNA Dizileme, 2-5 reaksiyon" işleminin 3 defa çalışılmasını içermektedir.
- c)** İlk müracaat edilen sağlık kuruluşunca "Soybağının Tespiti Testi Bedeli" tutarı içerisinde S520030 kodlu normal poliklinik muayene bedeli ile numunenin çalışılmak üzere kargo yolu ile transfer edilmesi durumunda kargo bedeli toplam işlem bedelinin (SG101815 ve SG101816 toplamı) %10'u olarak kendi hesabına gelir kayıt edilir.
- ç)** "SG101816-Soybağının Tespiti Moleküler Genetik Raporlaması" işlem bedeli numunenin gönderildiği genetik hastalıklar değerlendirme merkezi tarafından, numunenin alındığı kamu sağlık kurum/kuruluşuna fatura edilir.
- d)** Soybağının tespiti testinin genetik hastalıklar değerlendirme merkezi bünyesinde yerinde hizmet alımı ile çalışılması durumunda, söz konusu tetkikin en az 15 marker ile çalışılması nedeniyle Sağlık Uygulama Tebliğinde (SUT) yer alan G100380 kodlu "Konvansiyonel (Sanger) DNA Dizileme, 2-5 reaksiyon" işlem puanının üç



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

katı üzerinden hesaplanacak hakediş bedeli, hizmet alımı yapılan yüklenici firmaya ödenir.

3- Numune Alımı Yapılan Sağlık Kurum/Kuruluşu Çalışma Usul ve Esasları:

- 3.1- 18 yaş üstü talep sahipleri için personel nezaretinde ilgili nüfus müdürlüğünden alınacak Ek-1 ile birlikte, 18 yaş altı talep sahipleri için ise sağ veya sol kol nüfus müdürlüğü mührü ile mühürlenmiş olarak ve ilgili nüfus müdürlüğünden alınacak Ek-2 ile birlikte kamu sağlık kurum/kuruluşuna başvuru yapılacaktır. Tüm kamu sağlık kurum ve kuruluşları tarafından Soybağının Tespiti Testi için numune almak üzere poliklinikten giriş yapılması için gerekli düzenlemeler yapılacaktır.
- 3.2- Kimlik Tespit Formu-1 (Ek-1)'e 6 yaş altı çocuklar için fotoğraf yapıştırılmayacaktır. 15 yaş altı çocuklar için "Sözlü Bildirimde Bulunulan Çocuğa Ait Bilgiler" alanına imza alınmayacaktır. Kimlik Tespit Formu-1 (Ek-1) ve Kimlik Tespit Formu-2 (Ek-2)'ye yapıştırılacak fotoğraflar, nüfus müdürlüğü mührü ile mühürlenecektir.
- 3.3- Kamu sağlık kurum/kuruluşunun numune alımı bölümüne Ek-1 (personel nezaretinde) veya Ek-2 ve Ödeme Makbuzu ile birlikte başvurulur.
- 3.4- Numune alımı bölümünde, numune alınmadan önce kimlik doğrulanması amacı ile, Ek-1 veya Ek-2 de belirtilen 18 yaş üstü kişilerin fotoğrafı, 6-18 yaş arasındaki kişilerin fotoğraf ve nüfus müdürlüğü mührü ve 6 yaş altı çocukların ise nüfus müdürlüğü mührü kontrolü sağlanır.
- 3.5- Genetik hastalıklar değerlendirme merkezine gönderilmek üzere Soybağının Tespiti Testi yapılacak kişilerin her birinden alınacak 2'şer adet EDTA'lı tüpe numune alımı gerçekleştirilir.
- 3.6- Numune alımı bölümünce, Ek-4 doldurularak başhekim tarafından belirlenen ve numune transferini sağlayacak ilgili laboratuvara imza karşılığında numuneler teslim edilir.
- 3.7- Kabul edilen numuneler Bakanlığımızca belirlenen genetik hastalıklar değerlendirme merkezlerine transferi sağlanmak üzere ilgili laboratuvar tarafından, Ek-1 veya Ek-2, Ek-4 ve Ödeme Makbuzu ile birlikte kargoya teslim edilir.

4- Soybağının Tespiti Testi Yapılacak Genetik Değerlendirme Merkezi Çalışma Usul ve Esasları;

- 4.1- Genetik hastalıklar değerlendirme merkezine kargo ile gelen numune, Bakanlıkça belirlenen Ek-5 kabul kriterleri doğrultusunda değerlendirilir ve Ek-4 imzalanarak teslim alınır.
- 4.2- Kabul kriterlerine uygun olmayan numuneler reddedilir. İlgili numuneler Ek-3'e red gerekçesi belirtilerek, ilçe nüfus müdürlüğüne bilgi verilir. Ayrıca, ivedilikle tekrar numune gönderilmesi istenilir.
- 4.3- Soybağının Tespiti Testi sonucu, Ek-3 formatına uygun olarak düzenlenir ve Ek-1 veya Ek-2'de talep eden ilçe nüfus müdürlüğüne kapalı zarf ile gönderilir.

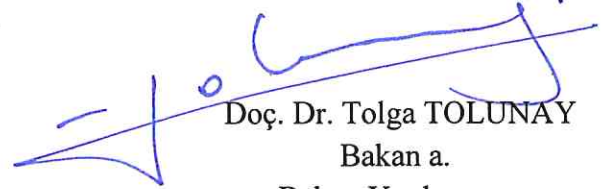


T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

4.4- Test sonucu, yazılı veya sözlü olarak kesinlikle kişilere beyan edilmez.

İşbu Genelge ile ilgide kayıtlı 2022/6 sayılı Soybağının Tespiti Testi Hakkında Genelge yürürlükten kaldırılmış olup konunun ilinizde bulunan tüm kamu sağlık kurum/kuruluşlarına duyurulması ile, Soybağının Tespiti Testi çalışmasına ilişkin iş ve işlemlerin Genelgemiz kapsamında yürütülmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini önemle rica ederim.


Doç. Dr. Tolga TOLUNAY
Bakan a.
Bakan Yardımcısı

EKLER:

1. Kimlik Tespit Formu-1 (Ek-1)
2. Kimlik Tespit Formu-2 (Ek-2)
3. Moleküler Genetik Raporu (Ek-3)
4. Numune Gözetim Zinciri Formu (Ek-4)
5. Numune Kabul Kriterleri (Ek-5)
6. Bakanlığımızca Yetkilendirilmiş Genetik Hastalıklar Değerlendirme Merkezleri İsim Listesi (Ek-6)

DAĞITIM:

Gereği:

81 İl Valiliği (İl Sağlık Müdürlüğü)

Bilgi:

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
Yükseköğretim Kurumu
Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Daire Başkanlıkları



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

EK-1

KİMLİK TESPİT FORMU-1

| T.C. İÇİŞLERİ BAKANLIĞI Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü Kimlik Tespit Formu-1 | | İLÇE ADI- KODU | |
|---|--------------|-----------------------------------|--|
| | | YILI | |
| | | SIRA NO | |
| <p>Saklıdan nüfus kütüklerine tescilinin yapılabilmesi için 5901 sayılı Türk Vatandaşlığı Kanununun Ek 1'inci maddesi uyarınca aşağıda açık kimlik bilgileri yazılı kişi ile aramızda tasımlık bağı bulunup bulunmadığına dair "soybağın tespiti testi" yapılmasını arz ederim./...../201.....</p> | | | |
| | | ADI SOYADI İMZA | |
| SAKLI NÜFUS İDDIASINDA BULUNAN KİŞİYE AIT BİLGİLER | | ANA / BABA / KARDEŞE AIT BİLGİLER | |
| Kimlik Numarası | | Yakınlığı: | |
| Adı Soyadı | | T.C. Kimlik Numarası: | |
| Doğum Yeri | | Adı Soyadı | |
| Doğum Tarihi | | Doğum Yeri | |
| Anne Adı ve Soyadı | | Doğum Tarihi | |
| Baba Adı ve Soyadı | | Cinsiyeti | |
| *Soybağın tespiti için tarafımdan numune alınmasına açık rızam ile izin veriyorum. *Şahsımla ilgili belirttiğim hususlarda herhangi bir yanlışlık olması halinde hakkımda kanuni işlem yapılacağını bilerek bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim. | | Tarih:/.../..... İmza: | *Soybağın tespiti için tarafımdan numune alınmasına açık rızam ile izin veriyorum. *Şahsımla ilgili belirttiğim hususlarda herhangi bir yanlışlık olması halinde hakkımda kanuni işlem yapılacağını bilerek bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim. Tarih:/.../..... İmza: |
| BU BÖLÜM NÜFUS MÜDÜRLÜĞÜNCE DOLDURULACAKTIR. | | | |
| Talep Eden İlçe Nüfus Müdürlüğü | | | |
| Gönderilen Sağlık Kuruluşu | | | |
| FORMU ONAYLAYAN KİŞİ | | | |
| T.C. Kimlik No | | | |
| Adı | | | |
| Soyadı | | | |
| Unvanı | | | |
| Tarih | İMZA - MUHUR | | |
| BU BÖLÜM İL İLÇE SAĞLIK KURULUŞUNCA DOLDURULACAKTIR. | | | |
| FORMU TESLİM ALAN KİŞİ | | | |
| T.C. Kimlik No | | | |
| Adı | | | |
| Soyadı | | | |
| Unvanı | | | |
| Tarih | İMZA - MUHUR | | |

* 18 YAŞINDAN BÜYÜKLER İÇİN KULLANILACAKTIR.

* Test sonucu, talepte bulunan İlçe Nüfus Müdürlüğüne gönderilecektir.

* Form iki nüsha düzenlenecektir. Bir nüsha; nüfus müdürlüğünde dosyasında muhafaza edilecektir.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

EK-2

KİMLİK TESPİT FORMU-2

| T.C. İÇİŞLERİ BAKANLIĞI Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü Kimlik Tespit Formu -2 | | İLÇE ADI- KODU | |
|--|------------------------------|--|------------------------------|
| | | YILI | |
| | | SIRA NO | |
| <p>5490 sayılı Nüfus Hizmetleri Kanununun 15'inci maddesinin dördüncü fıkrası uyarınca sözlü doğum bildiriminde bulunduğum çocuğumun resmi kurumlarca düzenlenmiş doğum belgesi ve sağlık kuruluşlarında doğuma ilişkin herhangi bir kayıt bulunmadığından, aile kütüklerine tescilinin yapılabilmesi için aşağıda açık kimlik bilgileri yazılı çocuk ile aramızda "soybağının tespiti testi" yapılmasını arz ederim./.../201...</p> | | | |
| | | ADI SOYADI İMZA | |
| SÖZLÜ BİLDİRİMDE BULUNULAN ÇOCUĞA AIT BİLGİLER | | ANA / BABAYA AIT BİLGİLER | |
| Adı Soyadı | | Yakınlığı | |
| Doğum Yeri | | T.C. Kimlik Numarası | |
| Doğum Tarihi | | Adı Soyadı | |
| Anne Adı ve Soyadı | | Doğum Yeri | |
| Baba Adı ve Soyadı | | Doğum Tarihi | |
| | | Cinsiyeti | |
| * Soybağının tespiti için tarafımdan numune alınmasına açık rızam ile izin veriyorum. *Şahsımla ilgili belirttiğim hususlarda herhangi bir yanlışlık olması halinde hakkımda kanuni işlem yapılacağımla bilerek bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim. | Tarih:/.../... İmza: | * Soybağının tespiti için tarafımdan numune alınmasına açık rızam ile izin veriyorum. *Şahsımla ilgili belirttiğim hususlarda herhangi bir yanlışlık olması halinde hakkımda kanuni işlem yapılacağımla bilerek bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim. | Tarih:/.../... İmza: |
| BU BÖLÜM NÜFUS MÜDÜRLÜĞÜNCE DOLDURULACAKTIR. | | | |
| Talep Eden İlçe Nüfus Müdürlüğü | | | |
| Gönderilen Sağlık Kuruluşu | | | |
| FORMU ONAYLAYAN KİŞİ | | | |
| T.C. Kimlik No | | | |
| Adı | | | |
| Soyadı | | | |
| Unvanı | | | |
| Tarih | | İMZA - MUHUR | |
| BU BÖLÜM İL İLÇE SAĞLIK KURULUŞUNCA DOLDURULACAKTIR. | | | |
| FORMU TESLİM ALAN KİŞİ | | | |
| T.C. Kimlik No | | | |
| Adı | | | |
| Soyadı | | | |
| Unvanı | | | |
| Tarih | | İMZA - MUHUR | |

* 18 YAŞINDAN KÜÇÜKLER İÇİN KULLANILACAKTIR.

- * Test sonucu, talep bulunan İlçe Nüfus Müdürlüğüne gönderilecektir.
- * 5 Yaş altı çocuklarda tıngıraf yapılmayacaktır. Çocuğun sağ veya sol kolu nüfus müdürlüğü mührü ile mühürlenecektir.
- * 15 yaş altı çocuklar için "Sözlü Bildirimde Bulunan Çocuğa Ait Bilgiler" alanına imza alınmayacaktır.
- * Form iki nüsha düzenlenecektir. Bir nüshası nüfus müdürlüğünde dosyasında muhafaza edilecektir.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

EK-3

MOLEKÜLER GENETİK RAPORU

| MOLEKÜLER GENETİK RAPORU | | |
|----------------------------------|---|---|
| Ebeveyn/Mevcut Yakını Adı-Soyadı | | |
| Çocuk/Erişkin Adı-Soyadı | | |
| Başvuru Tarihi | | |
| Rapor Tarihi/Sayısı | | |
| Numuneyi Gönderen Kurum | | |
| Merkeze Teslim Tarihi/Saati | | |
| Kullanılan Yöntem | | |
| Materyal Türü | EDTA'lı Tüp | |
| Numuneyi Çalışan Kurumun Adı | | |
| SONUÇ | % 99.9 OLASILIKLA EBEVEYİNİ OLDUĞU TESPİT EDİLMİŞTİR. | EBEVEYİNİ OLMADIĞI TESPİT EDİLMİŞTİR. |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Numune Red Gerekçesi: | Uzmanın Adı-Soyadı | |
| | Tarih: | |
| | | |
| | | |



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

EK-4

NUMUNE GÖZETİM ZİNCİRİ FORMU

| NUMUNE GÖZETİM ZİNCİRİ FORMU | | | |
|--|--|-----------------|--|
| Numunenin Alındığı Tarih: | | | |
| SÖZLÜ BİLDİRİMDE BULUNAN/SAKLI NÜFUS İDDİASINDA BULUNAN KİŞİ | | ANA/BABA/KARDEŞ | |
| Adı | | Adı | |
| Soyadı | | Soyadı | |
| İmzası | | İmzası | |
| NUMUNEYİ ALAN KİŞİNİN | | | |
| Adı | | | |
| Soyadı | | | |
| İmzası | | | |
| LABORATUVARDA NUMUNEYİ TESLİM ALAN KİŞİNİN | | | |
| Adı | | | |
| Soyadı | | | |
| İmzası | | | |
| NUMUNEYİ GENETİK HASTALIKLAR DEĞERLENDİRME MERKEZİNDE TESLİM ALAN KİŞİNİN | | | |
| Adı | | | |
| Soyadı | | | |
| İmzası | | | |
| NOT: | | | |



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

EK-5

NUMUNE KABUL KRİTERLERİ FORMU

Numune kabul kriterleri:

- Numune EDTA'lı tüp içinde ve 2 cc olacak şekilde alınmalıdır.
- Tüpte barkod/etiket olmalı ve bilgiler uyumlu olmalıdır.
- Numune hemolizli olmamalıdır.
- Aynı talebe ait numuneler mutlaka birlikte teslim edilmelidir.
- İlgili formlar tam olmalıdır.

EK-6

**BAKANLIĞIMIZCA YETKİLENDİRİLMİŞ RUHSATLI GENETİK HASTALIKLAR
DEĞERLENDİRME MERKEZLERİ**

1. ANKARA

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Genetik Hastalıklar Değerlendirme Merkezi

2. GAZİANTEP

Gaziantep Şehir Hastanesi Genetik Hastalıklar Değerlendirme Merkezi

3. İZMİR

İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi Genetik Hastalıklar Değerlendirme Merkezi