



中山醫學大學附設醫院 細胞遺傳室
Spinocerebellar ataxia 小腦脊髓運動失調症候群檢測說明及同意書

個案基本資料 (此欄由個案填寫)

姓名	身分證字號	性別	出生日期	連絡電話或手機
通訊地址				

檢體資料 (此欄由採檢醫護人員填寫)

病歷號	檢體種類 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> DNA	採檢日期	送檢日期
送檢單位	送檢醫師		
臨床診斷			
是否為家族遺傳	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請說明：		
報告聯絡人姓名、電話與地址			

實驗室資料 (此欄由醫檢師填寫)

實驗室檢體編號	負責醫檢師	檢體種類 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> DNA	收檢日期
檢體狀態	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 血量不足，共____mL <input type="checkbox"/> 溶血 <input type="checkbox"/> clot <input type="checkbox"/> 保存溫度不良		
若檢體不良，是否通知送檢單位	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，被通知人員：		

我已仔細閱讀下列小腦脊髓運動失調症候群相關內容，了解並同意下列情形：

檢測目的及必要性：臨床醫師經評估後，建議施行檢測，以確認受檢者是否為小腦脊髓運動失調症候群患者。

檢測技術或方法：此檢驗方法主要為聚合酶連鎖反應(Polymerase chain reaction，縮寫為 PCR)。

檢測步驟：醫療院所依採檢項目抽取適量血液(1-3mL)，並置於含有 EDTA 抗凝劑之集血管中，送至本實驗室進行後續處理與檢驗。負責醫檢師收到檢體後，依照 DNA 萃取流程純化 DNA，再以 DNA 施作 PCR 及電泳分析，做為小腦脊髓運動失調症候群的診斷依據。報告核發後，受檢者可至門診查閱報告。

可能發生的風險或不良反應：

1. 血液抽檢後應置於含 EDTA 採血管(紫頭管)，EDTA 抗凝劑可以保持血球完整，若以 Heparin 為抗凝劑的採血管(綠頭管)不適合純化 DNA，因為殘留的 Heparin 會吸收 Mg²⁺ 離子而導致後續 PCR 反應失敗。
2. 血液檢體應以室溫或冷藏送至實驗室，若檢體保存不當會影響 DNA 純化，無法進行檢驗。
3. 不良的檢體會影響檢驗，必要時會通知重新採檢。

其他替代的檢測選擇：當檢驗結果未如預期，可由臨床醫師再次評估，必要時再施作其他檢驗項目，如基因晶片檢驗。

檢測極限：當 DNA 量不足時，可能無法檢出正確結果。

收費方式：此檢驗為自費項目，費用為新台幣 3000 元整。院內請至收費櫃檯繳費；院外請轉帳或匯款至院方帳號，戶名：中山醫學大學附設醫院，銀行：國泰世華銀行(代碼 013)公益分行(代碼 2321)，帳號：232-50-007821-7，並來電告知轉帳或匯款日期及相關資訊，以方便對帳，電話：04-24739595 轉 38352。

(必填)

立同意書人_____ (簽章)
西 元 年 月 日