



# 產前遺傳診斷個案紀錄聯

## 染色體檢查同意書

自費案  
 補助案

個案資料由孕婦或採檢院所填寫

個案資料	姓名	年齡	民國	年	月	日	足歲	個案國籍別				
	電話	家：( )							配偶國籍別			
		公：( )							身分證號碼			
		手機：							/統一證號			
	戶籍地址	□□□	縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷	弄	號	樓
	通訊地址	□同戶籍地址	□□□	縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷	弄	號
產科史	懷孕次數(包括此次)：	自然流產數：	人工流產數：	死產數：								
	新生兒異常數：	病名：										
	最後一次月經日期：	年	月	日	始，月經週期：	天，規則：	<input type="checkbox"/> 1.是	<input type="checkbox"/> 2.否	懷孕週數：	週(超音波)		
家庭類別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 偏遠地區 <input type="checkbox"/> 低收入戶，證明文號：											
料	1.本紀錄表之個人資料將會做為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用，您是否同意？ <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 2.您是否同意衛生人員進行後續電話訪視？ <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意											

第一聯(紅)第二聯(綠)：送至檢驗單位 第三聯(白)：自存

檢體資料由採檢院所填寫

檢體資料	採檢院所名稱			採檢醫師			病歷號碼		
	檢驗項目	羊水染色體培養與檢查		抽取量	ml		檢體抽取時間	年 月 日 時 分	
	檢體外觀	<input type="checkbox"/> 1.清澈 <input type="checkbox"/> 2.混濁 <input type="checkbox"/> 3.棕褐色 <input type="checkbox"/> 4.血紅色						檢體送檢時間	年 月 日 時 分
	適應症	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> (請參閱適應症代碼表) 其他(請註明_____)							

我已仔細審閱染色體檢驗說明，了解並同意下列情形：(未勾選視為同意)

- 本項羊水染色體培養與檢查為自費項目金額為6000元(※此金額為檢驗費，不包含掛號費、耗材費、抽取技術費等相關費用)。經由羊膜穿測術取得的檢體將交由中山醫學大學附設醫院細胞遺傳室(地址:台中市南區建國北路一段110號)進行染色體檢查。
- 少數個案因細胞數目過少、檢體不良(如棕褐色羊水、血紅色羊水)或細胞活性不佳時，可能導致報告延遲，甚至需重新採檢。
- 現今G-banding細胞染色體分析方法的解析度約4-10Mb，若低於此解析度的染色體異常，無法由本方法診斷。已知的基因多達20,000-25,000個左右，基因大小介於0.005-1Mb之間，因為相當細微，染色體分析無法檢查出基因的異常。
- 羊水檢查的報告正常僅代表胎兒染色體正常，並不代表胎兒發育完全沒問題。先天性缺陷(如兔唇、顎裂、四肢缺損等)或心智障礙(如自閉症、腦性麻痺、智能不足等)無法藉由染色體檢驗來診斷，因此即使羊水染色體報告結果正常，仍有1-2%的胎兒出生時會有某方面的缺陷。
- 當發現染色體異常時，建議接受專業遺傳諮詢，以完整瞭解報告內容及意涵。同時亦可能被要求抽取雙親血液檢體進行比對。
- 本人同意檢測結果在去掉所有個人信息後可供研究參考，並授權檢驗單位對剩餘檢體進行處置，包括將原始檢體以醫療廢棄物處理等。
- 檢驗結果表示方式係遵循人類染色體國際系統命名法(ISCN)之規範。
- 若因不可抗力因素或檢驗量過多導致無法執行或負荷檢驗工作時，同意授權本院將檢體轉送衛生福利部國民健康署評鑑合格的後援機構，以確保報告順利發發。
- 接受衛生福利部國民健康署補助者，個人基本資料及檢驗結果會呈報至主管機關。若為異常個案，將有專人聯繫及關懷。
- 我已充分了解上述說明、聲明與切結，並同意進行本次檢測。

實驗室基本資料

檢體收到時間	年 月 日 時 分	檢驗單位	中山醫學大學附設醫院 1317040011		
負責醫師	蘇本華	監督醫師	蘇本華	報告日期	
檢查項目： <input type="checkbox"/> 1.細胞遺傳學檢驗 <input type="checkbox"/> 2.海洋性貧血基因檢驗 <input type="checkbox"/> 3.脊髓性肌肉萎縮症 <input type="checkbox"/> 4.脊髓小腦性共濟性失調 <input type="checkbox"/> 5.染色體脆折症 <input type="checkbox"/> 6.亨丁頓舞蹈症 <input type="checkbox"/> 7.血友病 <input type="checkbox"/> 8.裘馨氏肌肉萎縮症 <input type="checkbox"/> 9.其他					
由檢驗單位填寫	細胞遺傳學檢驗結果 <input type="checkbox"/> 1.正常：_____ <input type="checkbox"/> 2.正常變異型 _____ <input type="checkbox"/> 3.異常核型：_____ <input type="checkbox"/> 4.培養失敗 _____				
	一、產前異常個案追蹤結果 1.已做人工流產/引產 <input type="checkbox"/> 已做人工流產/引產：地點：_____，流產/引產物已做過確認 <input type="checkbox"/> 已做人工流產/引產：地點：_____，流產/引產物未做過確認 2. <input type="checkbox"/> 繼續懷孕 <input type="checkbox"/> 轉診：院(所)名稱：_____ 4. <input type="checkbox"/> 其他：_____ (請敘明)				
	二、遺傳諮詢服務 1. <input type="checkbox"/> 轉介至遺傳諮詢中心，醫院名稱：_____ 2. <input type="checkbox"/> 由原採檢醫師：_____ 提供遺傳諮詢 3. <input type="checkbox"/> 其他：_____ (請敘明)				

(必填)

立同意書人\_\_\_\_\_ (簽章)  
西 元 年 月 日