

## 遺傳性疾病檢查個案紀錄聯

自費案  
 補助案

檢體編號         (請用原子筆填寫)

個案資料由個案或採檢院所填寫

個案資料	姓名			年齡	民國	年	月	日生	足歲	個案國籍別	
	電話	家：( )									
		公：( )									
	手機：										
	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女									
戶籍地址	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷	弄	號	樓
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷	弄	號	樓
夫妻確診	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		配偶國籍別					配偶身分證號碼 / 統一證號			

檢體資料由採檢院所填寫

檢體資料	適應症	<input type="text"/> - <input type="text"/> (請參閱適應症代碼表)	轉介單位：醫院名稱及健保醫院代碼
	其他(請註明_____)	轉介人員：	填單日期： 年 月 日 時 分
檢體類別： <input type="checkbox"/> 1. 血液 <input type="checkbox"/> 2. 尿液 <input type="checkbox"/> 3. 流產組織 <input type="checkbox"/> 4. 臍帶血 <input type="checkbox"/> 5. 其他 (請註明_____)			

檢查項目	檢驗結果
一、遺傳性疾病 <input type="checkbox"/> 1. 細胞酵素檢查 <input type="checkbox"/> G-6-P-D 缺乏症確診 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 2. 細胞遺傳學檢驗 <input type="checkbox"/> 3. 遺傳性疾病基因檢查 說明 _____ 二、精神疾病檢察 說明 _____	<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
檢驗機構：中山醫學大學附設醫院 1317040011 醫師簽章： _____	報告日期： 年 月 日

- 我已仔細審閱染色體檢驗說明，了解並同意下列情形：
- 少數個案可能因檢體品質不佳(如凝血、溶血、檢體量不足或採檢時污染)，導致無法進行檢驗分析，屆時將會通知重新採集檢體。
  - 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。
  - 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，以確保報告順利簽發。
  - 我已充分了解上述說明、聲明與切結，並同意進行本次檢測。

立同意書人 _____ (簽章) (必填) 西 元 年 月 日
------------------------------------

第一聯(紅)第二聯(綠)：送至檢驗單位 第三聯(白)：自存