

優生健康檢查個案紀錄聯

- 細胞染色體檢查
海洋性貧血基因檢驗
脊髓性肌肉萎縮症基因檢驗
其他_____
- 自費案
補助案

檢體編號 _____

| | | | | | | | |
|--------------|---|-----------------|---|-------------|--------------|---------|---|
| (由個案或採檢院所填寫) | 個 | 姓名 (必填) | | 年齡 (必填) | 西元 年 月 日生 足歲 | 性 別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| | 案 | 個案身分證號碼 (必填) | | 電 話 (必填) | 家：() 手機： | 個案國籍別 | |
| | 資 | 戶籍地址 | □□□ 縣 鄉鎮 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓 市 區市 里 街 | | | | |
| | 料 | 通訊地址 | □同戶籍地址□□□ 縣 鄉鎮 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓 市 區市 里 街 | | | | |
| | 料 | 夫妻確診 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 配偶國籍別 | | 配偶身分證號碼 | |

| | | | | | | | |
|-----------|---|----------------|---|-----|----------------|---|--|
| (由採檢院所填寫) | 檢 | 轉介單位 (送檢院所) | (醫院名稱及健保醫院代碼) | 科 別 | 轉介人員 (送檢醫師) | | |
| | 體 | 適應症 | □□-□ (請參閱適應症代碼表) 其他(請註明_____) | 病歷號 | 收據抬頭 開立 | <input type="checkbox"/> 個案姓名 <input type="checkbox"/> 醫院名稱 <input type="checkbox"/> 其他_____ | |
| | 資 | 檢體類別 | <input type="checkbox"/> 1.血液 <input type="checkbox"/> 2.臍帶血 <input type="checkbox"/> 3.其他_____ | | 採檢日期 | 西元 年 月 日 | |
| | 料 | 家族族譜及 臨床症狀 | | | | | |

我已仔細審閱遺傳性疾病基因檢測說明，了解並同意下列情形：

1. 少數案例可能因檢體品質不佳(如凝血、溶血、檢體量不足)，需請受檢測人重新採檢，以確保本檢測之準確度。
2. 針對我的情況進行本檢測，我已經向醫師提出問題和疑慮，並獲得說明(包括但不限於瞭解進行本檢測的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊及選擇其他檢測之風險)。我瞭解並同意進行本檢測可能是目前最適當的選擇，但是進行本檢測無法保證一定能防止欲檢測之疾病之發生。
3. 本人同意送檢單位與檢測單位於醫療、照護服務或個人資料保護法之特定目的下，得蒐集、處理或利用本人之病歷、醫療、基因、健康檢查等個人資料。
4. 本人 同意 不同意 於檢測結果完成後，將剩餘檢體供研究使用(若未勾選則視為同意)。
5. 接受衛生福利部補助者，個案資料及檢驗結果會呈報主管機關。若為異常個案，將會有專人聯繫與關懷。

我已仔細審閱細胞染色體遺傳檢驗說明，了解並同意下列情形。(請參閱第二聯)

| | | |
|---------------------------------|--|--|
| 由 檢 驗 單 位 填 寫 | 染色體檢驗結果： <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 | 其他檢驗結果： <input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 基因型：_____ |
| | 海洋性貧血基因檢驗結果： <input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常，是否為Alpha+Beta thal： <input type="checkbox"/> 否：□-□-□-□ <input type="checkbox"/> 是：□-□-□-□，□-□ 其他_____ | |
| | 建議及處理： <input type="checkbox"/> 1. 需按時接受治療 <input type="checkbox"/> 2. 追蹤家屬接受檢查 <input type="checkbox"/> 3. 遺傳諮詢服務：1_轉介至遺傳諮詢中心，醫院名稱：_____ 2_由原採檢醫師：_____ 提供遺傳諮詢 <input type="checkbox"/> 4. 是否同意被訪視： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 5. 其他_____ | |
| | 檢驗機構：(醫院名稱及健保醫院代碼) 醫師簽章：_____ 檢查日期：西元 年 月 日 | |

*受檢測人於同意書上完整提供身份證字號、生日、手機號碼，方可使用慧智線上報告查詢系統，如欲查詢請登入慧智入口網站：
www.sofiva.com.tw。

立同意書人 _____ (簽章)

(必填)

西 元 年 月 日

優生健康檢查個案紀錄聯

- 細胞染色體檢查
海洋性貧血基因檢驗
脊髓性肌肉萎縮症基因檢驗
其他

- 自費案
補助案

檢體編號 _____

| | | | | | | | |
|------------------------|-----------------|---|-------------|--------------|---------|---|--|
| (由個案或採檢院所填寫) 資 料 | 姓名 (必填) | | 年齡 (必填) | 西元 年 月 日生 足歲 | 性 別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | |
| | 個案身分證號碼 (必填) | | 電 話 (必填) | 家：() 手機： | 個案國籍別 | | |
| | 戶籍地址 | □□□ 縣 鄉鎮 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓 市 區市 里 街 | | | | | |
| | 通訊地址 | □同戶籍地址□□□ 縣 鄉鎮 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓 市 區市 里 街 | | | | | |
| | 夫妻確診 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 配偶國籍別 | | 配偶身分證號碼 | | |

| | | | | | |
|---------------------|----------------|--|-----|----------------|---|
| (由採檢院所填寫) 資 料 | 轉介單位 (送檢院所) | (醫院名稱及健保醫院代碼) | 科 別 | 轉介人員 (送檢醫師) | |
| | 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_____) | 病歷號 | 收據抬頭 開立 | <input type="checkbox"/> 個案姓名 <input type="checkbox"/> 醫院名稱 <input type="checkbox"/> 其他_____ |
| | 檢體類別 | <input type="checkbox"/> 1.血液 <input type="checkbox"/> 2.臍帶血 <input type="checkbox"/> 3.其他_____ | | 採檢日期 | 西元 年 月 日 |
| | 家族族譜及 臨床症狀 | | | | |

填單日期：西元 年 月 日

我已仔細審閱遺傳性疾疾病基因檢測說明，了解並同意下列情形：

1. 少數案例可能因檢體品質不佳(如凝血、溶血、檢體量不足)，需請受檢測人重新採檢，以確保本檢測之準確度。
2. 針對我的情況進行本檢測，我已經向醫師提出問題和疑慮，並獲得說明(包括但不限於瞭解進行本檢測的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊及選擇其他檢測之風險)。我瞭解並同意進行本檢測可能是目前最適當的選擇，但是進行本檢測無法保證一定能防止欲檢測之疾病之發生。
3. 本人同意送檢單位與檢測單位於醫療、照護服務或個人資料保護法之特定目的下，得蒐集、處理或利用本人之病歷、醫療、基因、健康檢查等個人資料。
4. 本人 同意 不同意 於檢測結果完成後，將剩餘檢體供研究使用(若未勾選則視為同意)。
5. 接受衛生福利部補助者，個案資料及檢驗結果會呈報主管機關。若為異常個案，將會有專人聯繫與關懷。

我已仔細審閱細胞染色體遺傳檢驗說明，了解並同意下列情形。

1. 少數案例可能因檢體品質不佳(如凝血、溶血、檢體量不足或採檢時汙染)，導致無法獲得檢驗結果，屆時將會被通知重新採集檢體。極少數之個案可能會因為細胞生長狀況不佳而無法繼續進行染色體分析，本單位提供退費服務，或是補齊差額後轉進行染色體基因晶片檢測服務。
2. 細胞染色體檢查結果依現今染色體分析技術可偵測之異常為限，無法完全排除細微染色體異常，例如小片段之染色體缺失、轉位、重複或倒置等；也無法檢驗單一基因疾病，同時亦無法完全排除真鑲嵌型(true mosaicism)。
3. 當發現染色體異常時，建議接受專門遺傳人員諮詢，以完整瞭解報告內容及意涵。此時亦可能被要求抽取雙親血液檢體進行比對。
4. 本人同意送檢單位與檢測單位於醫療、照護服務或個人資料保護法之特定目的下，得蒐集、處理或利用本人之病歷、醫療、基因、健康檢查等個人資料。
5. 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。
6. 接受衛生福利部補助者，個案資料及檢驗結果會呈報主管機關。若為異常個案，將會有專人聯繫與關懷。
7. 我已充分了解上述說明、聲明與切結，並同意進行本檢測。我瞭解並同意進行本檢測可能是目前最適當的選擇，但是進行本檢測無法保證一定能防止欲檢測之疾病之發生。

*受檢測人於同意書上完整提供身份證字號、生日、手機號碼，方可使用慧智線上報告查詢系統，如欲查詢請登入慧智入口網站：
www.sofiva.com.tw。

立同意書人 _____ (簽章)

(必填)

西 元 年 月 日

優生健康檢查個案紀錄聯

- 細胞染色體檢查
- 海洋性貧血基因檢驗
- 脊髓性肌肉萎縮症基因檢驗
- 其他

- 自費案
- 補助案

檢體編號 _____

| | | | | | | | | | | | |
|--------------|-----------------|---|--|----------|------------|--------------|--------|---------|---|---|-------------|
| (由個案或採檢院所填寫) | 姓名 (必填) | | | | 年齡 (必填) | 西元 年 月 日生 足歲 | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | |
| | 個案身分證號碼 (必填) | | | | 電話 (必填) | 家：() 手機： | | 個案國籍別 | | | |
| | 戶籍地址 | □□□ 縣市 | | 鄉鎮 區市 | 村 里 | 鄰 | 路 街 | 段 | 巷 | 弄 | 號 樓 |
| | 通訊地址 | □同戶籍地址□□□ | | 縣市 | 鄉鎮 區市 | 村 里 | 鄰 | 路 街 | 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 | | | |

| | | | | | | | | | | |
|-----------|----------------|---|--|--|-----|--|------|----------------|---|--|
| (由採檢院所填寫) | 轉介單位 (送檢院所) | (醫院名稱及健保醫院代碼) | | | 科別 | | | 轉介人員 (送檢醫師) | | |
| | 適應症 | □□ - □ (請參閱適應症代碼表) 其他(請註明_____) | | | 病歷號 | | | 收據抬頭 開立 | <input type="checkbox"/> 個案姓名 <input type="checkbox"/> 醫院名稱 <input type="checkbox"/> 其他_____ | |
| | 檢體類別 | <input type="checkbox"/> 1.血液 <input type="checkbox"/> 2.臍帶血 <input type="checkbox"/> 3.其他_____ | | | | | 採檢日期 | 西元 年 月 日 | | |
| | 家族族譜及 臨床症狀 | | | | | | | | | |

填單日期：西元 年 月 日

我已仔細審閱遺傳性疾疾病基因檢測說明，了解並同意下列情形：

1. 少數案例可能因檢體品質不佳(如凝血、溶血、檢體量不足)，需請受檢測人重新採檢，以確保本檢測之準確度。
2. 針對我的情況進行本檢測，我已經向醫師提出問題和疑慮，並獲得說明(包括但不限於瞭解進行本檢測的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊及選擇其他檢測之風險)。我瞭解並同意進行本檢測可能是目前最適當的選擇，但是進行本檢測無法保證一定能防止欲檢測之疾病之發生。
3. 本人同意送檢單位與檢測單位於醫療、照護服務或個人資料保護法之特定目的下，得蒐集、處理或利用本人之病歷、醫療、基因、健康檢查等個人資料。
4. 本人 同意 不同意 於檢測結果完成後，將剩餘檢體供研究使用(若未勾選則視為同意)。
5. 接受衛生福利部補助者，個案資料及檢驗結果會呈報主管機關。若為異常個案，將會有專人聯繫與關懷。

我已仔細審閱細胞染色體遺傳檢驗說明，了解並同意下列情形。

1. 少數案例可能因檢體品質不佳(如凝血、溶血、檢體量不足或採檢時汙染)，導致無法獲得檢驗結果，屆時將會被通知重新採集檢體。極少數之個案可能會因為細胞生長狀況不佳而無法繼續進行染色體分析，本單位提供退費服務，或是補齊差額後轉進行染色體基因晶片檢測服務。
2. 細胞染色體檢查結果依現今染色體分析技術可偵測之異常為限，無法完全排除細微染色體異常，例如小片段之染色體缺失、轉位、重複或倒置等；也無法檢驗單一基因疾病，同時亦無法完全排除真鑲嵌型(true mosaicism)。
3. 當發現染色體異常時，建議接受專門遺傳人員諮詢，以完整瞭解報告內容及意涵。此時亦可能被要求抽取雙親血液檢體進行比對。
4. 本人同意送檢單位與檢測單位於醫療、照護服務或個人資料保護法之特定目的下，得蒐集、處理或利用本人之病歷、醫療、基因、健康檢查等個人資料。
5. 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。
6. 接受衛生福利部補助者，個案資料及檢驗結果會呈報主管機關。若為異常個案，將會有專人聯繫與關懷。
7. 我已充分了解上述說明、聲明與切結，並同意進行本檢測。我瞭解並同意進行本檢測可能是目前最適當的選擇，但是進行本檢測無法保證一定能防止欲檢測之疾病之發生。

*受檢測人於同意書上完整提供身份證字號、生日、手機號碼，方可使用慧智線上報告查詢系統，如欲查詢請登入慧智入口網站：
www.sofiva.com.tw。

立同意書人 _____ (簽章)

(必填) 西 元 年 月 日