

2017



財團法人罕見疾病基金會

國內罕見疾病遺傳檢驗補助同意書

您好，罕見疾病基金會(以下簡稱本會)為加強對罕見疾病病友及家屬的照顧，並使得疾病可早期發現早期治療與預防，特針對罕見遺傳疾病基因診斷及酵素檢驗費用給予部分補助，補助期間由106年01月01日起至106年12月31日止。

- 一、補助對象：疑似罕見疾病患者，需進行確認診斷者，每家庭補助一位為限，不接受非臺灣籍、帶因者檢測及產前檢體。
- 二、檢驗費用：符合補助受檢者，本會將補助60%檢驗費用，並將費用直接撥付給檢驗機構或醫療院所，其餘40%檢驗費用由受檢者自付；若符合低收入戶身份者，可於送檢前填妥「國內罕見疾病遺傳檢驗 全額補助申請書」向本會提出全額補助申請，本會資源有限請珍惜使用。
- 三、申請資料：1.疑似罕見疾病患者或家屬請填寫受檢者資料並簽名。
2.醫事人員請填寫受檢者之臨床症狀及家族史，並提供相關之臨床檢測結果。
3.檢驗報告結果將會由檢驗機構提供予本會，僅限於補助資料核對之用。

四、申請表格：

受檢者姓名		性別	出生日期	身份證號碼
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	____年 ____月 ____日	
通訊地址(請填郵遞區號)				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
病歷號碼		送檢日期	連絡電話	
		____年 ____月 ____日		
項次	檢驗機構	檢驗之疾病名稱	檢驗項目	
臨床症狀(必填)			家族史(必填)	
醫院名稱及醫事機構代號		科別	送檢醫師	
報告郵寄地址-醫院地址(請填郵遞區號)				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
報告收件人		連絡電話	報告傳真號碼或E-Mail	

受檢者或法定代理人簽名：_____ 日期：_____年 ____月 ____日

五、繳費資料及檢體需求：(送檢前請與各實驗室連絡，敬請留意各機構繳款方式。)

檢驗機構	檢體需求	付費方式	聯絡窗口	寄件地址
臺大醫院【胡務亮醫師實驗室】	血液(EDTA採血管, 3ml, 室溫運送)	銀行：合作金庫臺大分行(銀行代號 006) 帳號：1346-713-100100 戶名：臺大醫院作業基金401專戶 <input type="checkbox"/> 請回傳「ATM轉帳單」、「個案姓名」及「代檢疾病項目」。 傳真：02-23314518並致電 02-23123456轉71939確認是否收到。	臺大醫院基因醫學部： 連絡電話 02-23123456 分機 71939 吳兆斯先生	10041臺北市中正區中山南路8號 臺大醫院 基因醫學部 兒童醫院大樓19樓19004室
慧智臨床基因醫學實驗室	<input type="checkbox"/> 血液(EDTA採血管, 3ml, 室溫運送), 超過24小時者請以4°C冷藏保存運送。 <input type="checkbox"/> 請加填寫慧智臨床基因醫學實驗室送檢表格, 可至 www.sofiva.com.tw表格下載區下載。	銀行：合作金庫銀行古亭分行(銀行代號006) 帳號：5872-717-301388 戶名：慧智基因股份有限公司 <input type="checkbox"/> 使用ATM轉帳後，傳真帳號後5碼和轉帳者資料傳真至 02-2368-0668，電話 02-2368-6606，確認入帳後將開立發票。	慧智臨床基因 醫學實驗室： 連絡電話 02-23686606 分機520 江郁玲小姐， 分機502王詠萱小姐	10087臺北市中正區思源街18號 B棟504室
臺北榮總	<input type="checkbox"/> 血液(EDTA採血管)，以無菌方式採樣，3ml，冷藏運送。 <input type="checkbox"/> 請加填臺北榮總基因檢驗同意書暨申請單，搜尋臺北首頁>各單位>醫療單位>遺傳諮詢中心>文件下載 (https://goo.gl/PogUa)	銀行：合作金庫銀行石牌分行(銀行代號006) 帳號：1427-713-000750 戶名：臺北榮總醫院作業基金405專戶 <input type="checkbox"/> 匯款或ATM轉帳後，請將匯款單或ATM存根(註明個案姓名)以傳真：02-28735529 / e-mail: ctr510@gmail.com 或與檢體一同寄送至本實驗室，以利核帳。不收現金，ATM轉帳者，請注意是否有約定轉帳之限制。	臺北榮總醫院：02-28712121 分機 8485 陳亞琪小姐。	11217臺北市北投區石牌路2段201號 臺北榮總醫院 科技大樓8樓 8002室 代謝及分子遺傳實驗室
臺北市立聯合醫院	<input type="checkbox"/> 煩請抽血前以電話聯絡 02-2709-3600 分機3808 邱延慧博士 <input type="checkbox"/> 血液(EDTA或Heparin採血管，以無菌方式採樣：成人10ml；小孩2~5ml)，冷藏運送。	現金、匯票或即期支票支付，共_____元整。 (匯票或即期支票抬頭請寫：臺北市立聯合醫院)	臺北市立聯合醫院：02-2709-3600 分機 3808 邱延慧博士	10629 臺北市大安區仁愛路四段10號 臺北市立聯合醫院醫學大樓8樓 教學研究部
柯滄銘產科基因飛躍生命科學實驗室	血液(EDTA採血管, 2~3ml, 請搖勻, 48小時內可常溫運送)	ATM轉帳或匯款：臺灣銀行城中分行(銀行代號：004) 帳號：045-001-120358 戶名：基因飛躍科技股份有限公司 (匯款或轉帳後，請將單據寫上受檢者姓名，傳真至02-33931077或與檢體一同寄送至本實驗室，以利核帳。)	柯滄銘產科/基因飛躍生命科學實驗室： 連絡電話 02-33931030 分機 115 陳小姐。	10050臺北市中正區林森南路10-1號1樓 傳真：02-33931077
中山醫學大學附設紀念醫院	血液(EDTA採血管，以無菌方式採樣：成人3ml；小孩1~3ml，冷藏運送)	銀行：國泰世華銀行中台分行(銀行代號 013) 帳號：232-50-007821-7 戶名：中山醫學大學附設醫院 <input type="checkbox"/> 請於匯款後傳真ATM轉帳收據或來電告知轉帳帳號後五碼及匯款人資訊。傳真：04-24714479	中山醫學大學附設醫院 細胞暨分子遺傳實驗室： 04- 24739595分機38352或38353余如珊小姐。	40201臺中市南區建國北路一段110號 中山醫學大學附設醫院 細胞暨分子遺傳實驗室
彰化基督教醫院	基因檢測： 血液(EDTA採血管, 3ml, 48小時內可常溫運送) FISH檢測： 血液(Heparin採血管, 3ml, 48小時內送達可常溫運送)	<input type="checkbox"/> 郵政劃撥：戶名：彰化基督教醫院財團法人彰化基督教醫院 帳號：00131080 請於備註欄註明【患者姓名】及【遺傳代檢費】。請傳真郵政劃撥單至 04-7249847。 <input type="checkbox"/> ATM轉帳：請將款項轉入銀行代號：822中國信託商業銀行 帳號：078-5300-38927，轉帳後將「存根聯」傳真至 04-7249847，以利核帳。	財團法人彰化基督教醫院遺傳諮詢中心： 連絡電話 04-7238595 分機 7244 遺傳諮詢員：李小姐	50046彰化市中華路176號三樓，彰基基因醫學部收。 連絡電話 04-7238595 分機2331。
林口長庚紀念醫院【李文益醫師實驗室】	<input type="checkbox"/> 煩請抽血前務必聯絡 03-3281200 分機8287 梁綺柔小姐及葉合瑜小姐。 <input type="checkbox"/> 血液(Heparin 純線頭採血管，以無菌方式採樣：病患儘量不低於10ml，對照者(成人10ml)；室溫於48小時內送達)	現金支付，共_____元整。	桃園市林口長庚兒童醫療大樓 教學研究部 臨床研究與教育訓練中心：03-3281200分機 8766 謝碧玲個管師。	33305桃園市龜山區復興街5號 林口長庚兒童醫療大樓兒科辦公室12李文益醫師收
林口長庚紀念醫院【林如立醫師實驗室】	<input type="checkbox"/> 基因檢測：血液(EDTA採血管，以無菌方式採樣：3~5ml，室溫運送) <input type="checkbox"/> FISH：血液(Heparin採血管，以無菌方式採樣：3~5ml，冷藏運送，星期三不收件)	現金支付，共_____元整。	桃園市林口長庚醫院兒童醫療大樓 內分泌遺傳科：電話 03-3281200分機 8544 or 手機 0975-361222 吳明純遺傳諮詢師	33305桃園市龜山區復興街5號 林口長庚兒童醫療大樓3K新生兒篩檢中心 吳明純遺傳諮詢師收
中國醫藥大學附設醫院	血液(EDTA採血管, 3ml, 室溫或冷藏運送)	現金支付，共_____元整。	檢驗醫學部分生組 04-22052121 分機1202 轉 304 林彩秀小姐	40447臺中市北區育德路2號 第一醫療大樓2樓 檢驗醫學部 分生組
衛生保健基金會	<input type="checkbox"/> 煩請送檢前先行聯絡 <input type="checkbox"/> 尿液：以集尿杯採樣10mL以上，冷藏避光運送。 <input type="checkbox"/> Heparin採血管，以無菌方式採樣：5~10ml，冷藏運送。	銀行：凱基銀行 營業部(銀行代號809) 帳號：009-53-81236-1-2 戶名：財團法人中華民國衛生保健基金會附設醫事檢驗所 <input type="checkbox"/> 請回傳「ATM轉帳單」、「個案姓名」及「代檢疾病項目」。 傳真至 02-8768-3949，確認入帳後開立收據*不收現金	財團法人中華民國衛生保健基金會 電話：02-8768-1020 分機 35 范雅凌小姐	聯合醫事檢驗所之全省收檢網協同處理， 臺北：(02)2704-9977、桃園：(03)218-3853、 新竹：(03)533-0188、臺中：(04)2313-5120、 嘉義：(05)216-9955、高雄：(07)285-2328
臺大醫院【吳振吉醫師實驗室】	<input type="checkbox"/> 血液(EDTA採血管, 3ml兩管, 室溫運送) <input type="checkbox"/> 請加填臺大醫院瓦登伯格氏症候群/Branchio-Oto-Renal症候群自費同意書(院外代檢)，搜尋臺大醫院基因分子診斷實驗室>院代檢>文件下載 (http://www.genetics-core.ntuh.tw/download.php)	銀行：合作金庫臺大分行(銀行代號 006) 帳號：1346-713-100100 戶名：臺大醫院作業基金401專戶 <input type="checkbox"/> 請回傳「ATM轉帳單」、「個案姓名」及「代檢疾病項目」。 傳真：02-23813690並致電 0988-207 313確認是否收到。	臺大醫院基因醫學部： 連絡電話 0988-207313林逸馨小姐， 02-23123456 分機 71910 許育華小姐	10041臺北市中正區中山南路8號 臺大醫院 基因醫學部 兒童醫院大樓19樓19010室

- 1.請將罕見疾病基金會補助同意書正本、檢體及病患自付費用(若付費方式為現金)寄送至欲送檢驗之實驗室，檢驗單位將持同意書正本向罕見疾病基金會請款。
- 2.補助相關檢驗資訊、付款方式及 檢體需求請參閱【財團法人罕見疾病基金會】→服務專區/醫療服務/國內遺傳檢驗。
- 3.財團法人罕見疾病基金會：聯絡電話 02-25210717*154 醫療服務組遺傳諮詢員 陳乃琦。

第一聯(白)，請連同檢體一併提供給檢驗單位。

第二聯(黃)，送檢單位留存。

第三聯(粉)，病人留存。

