

產前遺傳診斷個案紀錄聯

*所有欄位均為必填欄位，請務必填寫清楚。

*如有修改請務必核章。

細胞染色體核型分析

自費案

晶片式全基因體分子檢測

補助案

檢體編號：

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	生	足歲	原生國籍別		
	電話	家：()											配偶國籍別		
		公：()											身分證號碼		
		手機：	配偶手機：								/統一證號				
	身分證地址	□□□	縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷	弄	號	樓			
	通訊地址	□同身分證地址	□□□	縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷	弄	號	樓		
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 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：														
資料	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 個案簽名：_____														

第一聯：(紅)染色體檢驗室 第二聯：(白)晶片檢驗室 第三聯：(藍)採檢院所 第四聯：(黃)受檢者留存

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		
	檢體類別	<input type="checkbox"/> 1.絨毛 <input type="checkbox"/> 2.羊水 <input type="checkbox"/> 3.臍血		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"/> □-□(請參閱適應症代碼表)				檢體收到時間	年 月 日 時 分				
其他(請註明_____)											

異常個案檢驗結果：	追蹤結果：
-----------	-------

※請受檢者詳細審閱以下說明※

- 我已仔細審閱細胞染色體核型分析說明，瞭解並同意進行本項檢驗，亦同意下列情形：
- 細胞染色體核型分析主要採用國際標準的 G-banding (染色體條紋染色法)，在光學顯微鏡下針對 23 對染色體進行核型分析，以診斷是否發生染色體數目或結構異常，本方法可檢驗出 99% 以上的染色體異常個案。
 - 少數個案有可能因為細胞數目過少、檢體不良 (如棕色或血紅色羊水、組織量不足、凝血或溶血等) 或於培養過程中遭受污染，而導致無法獲得檢驗結果，屆時有可能需要再回來重抽取一次檢體。
 - G-banding 的解析度約 3~5Mb，因此準確度並非 100%，如單基因疾病及染色體的微小片段變化，是無法在光學顯微鏡下檢查出來。
 - 當發現染色體異常時，強烈建議接受專業遺傳學醫師諮詢，以完整瞭解報告內容及意涵，此時亦有可能要求父母親雙方抽取血液檢體，進行其他血液檢驗比對。
 - 檢驗結果表示方式，係遵循國際細胞遺傳體系命名法則 (ISCN) 之規範。
 - 本項檢驗，如果合乎衛生福利部所公布之適應症，檢驗費得以部分補助。
 - 本人同意檢驗完成後的檢體，以醫療廢棄物銷毀或依照檢體操作規範進行檢體保存或提供醫療研究使用。
- 我已仔細審閱晶片式全基因體分子檢測說明，瞭解並同意自費進行本項檢驗，亦同意下列情形：
- 晶片式全基因體定量分子檢測為瞭解檢體是否有相關染色體微缺失或微重複而導致的異常情況或疾病。
 - 本項檢驗雖屬於新一代的檢測，但仍有極小的機會無法由細胞中取得足量的染色體，導致無法獲得檢驗結果，屆時有可能需要再回院重新抽取一次檢體。
 - 當檢驗結果呈現陰性時，表示個案發生染色體微變異的風險極低，由於疾病的範疇相當廣泛，且任何檢驗皆有其科學上的侷限性，故本項檢驗無法顯現所有可能性，所以報告結果為陰性不足以保證百分之百健康。
 - 當發現染色體異常時，強烈建議接受專業遺傳學醫師諮詢，以完整瞭解報告內容及意涵。此時亦有可能要求父母親雙方抽取血液檢體，進行其他血液檢驗比對。
 - 檢驗結果表示方式，係遵循國際細胞遺傳體系命名法則 (ISCN) 之規範。
 - 本項檢驗主要是檢查是否具有基因劑量的變化，無法檢測出平衡性轉位、染色體倒轉、單親源二倍體、低比例細胞嵌合、基因探針未涵蓋之範圍和單一基因疾病。
 - 本人同意檢驗完成後的檢體，以醫療廢棄物銷毀或依照檢體操作規範進行檢體保存或提供醫療研究使用。

立同意書人 _____ (簽章)
中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日