

附件二十： 高風險孕婦染色體晶片檢測同意書

孕婦基本資料：

姓名		出生日期	
病歷號碼		身分證號碼	
就診醫院/診所		主治醫師	
孕婦住址			
聯絡資訊	(H)	(手機)	
您是否同意聯合檢驗所(運送)、李婦產科(檢驗)等單位，在不洩漏您的個人資料情況下，依據醫學研究倫理規範來運用檢測結果，做為醫療研究、分析統計與論文發表的資料運用。 <input type="checkbox"/> 同意； <input type="checkbox"/> 不同意			

經貴院醫護人員詳細說明，我已仔細審閱下列事項：

- (1) 染色體晶片檢測(以下簡稱本項檢測)之目的是為瞭解受檢者(或受檢胎兒)是否有相關染色體/基因微缺失與微擴增異常情況或疾病。 了解本條內容，請勾選
- (2) 若接受染色體晶片檢測，醫師會在進行羊膜穿刺時，多抽取15-20 C.C.的羊水，利用羊水內含的細胞進行檢測。產生的風險，主治醫師已詳細向我說明清楚。 了解本條內容，請勾選
- (3) 報告結果將由主治醫師交付給我，並與我討論有關報告內容。 了解本條內容，請勾選
- (4) 當本項檢測結果顯示異常時，受檢者(或受檢胎兒)可能是具有某種異常情況或疾病。建議應諮詢您的主治醫師和遺傳科醫師，以完整了解報告意涵及內容。 了解本條內容，請勾選
- (5) 當檢測結果呈現陰性表示受檢者(或受檢胎兒)相關染色體異常情況很低，但由於疾病範疇相當廣泛，且任何檢查皆有其科學上之局限性，故本項檢測無法顯現所有可能情況；所以報告結果為陰性無法代表受檢者(或受檢胎兒)的整體健康狀況。 了解本條內容，請勾選
- (6) 本項檢測須在採集到的細胞足夠下，分析方能正確。在採檢過程之中，仍有極小之機會無法取得足量的細胞，使檢測分析無法順利完成。 了解本條內容，請勾選

本人已充分瞭解上述說明並同意自費接受染色體晶片檢測。

立同意書人

受檢人/法定代理人簽名：_____

日期：中華民國_____年_____月_____日

執行採集醫院/單位：_____

醫師簽名：_____

日期：中華民國_____年_____月_____日

第一聯(白) 檢驗單位留存；第二聯(黃) 院所留存；第三聯(紅) 立同意書人留存