

X 染色體脆折症(Fragile X syndrome)基因檢驗同意書

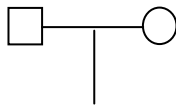
檢體編號：_____

(以下由採檢單位填寫)

☐自費案 ☐補助案

病歷號碼		採檢日期	年 月 日	送檢日期	年 月 日
送檢單位		聯絡電話		送檢醫師	
報告寄送地址、單位及收件人					
電子郵件(E-mail)					
檢體種類	☐ 全血 2 ml ☐ 絨毛 ☐ 羊水 5-10 ml ☐ 臍血 ☐ 其他 (請註明_____)				

個案基本資料：(以下由受檢者本人親自填寫，若受檢者未成年則由法定代理人填寫)

姓 名		生 日	年 月 日	身分證號或 統一證號	
聯絡電話		性 別	☐ 女 ☐ 男	國 籍 (本國籍免填)	
地 址	☐ ☐ ☐ 縣 鄉鎮 村 路 市 區市 里 鄰 街 段 巷 弄 號 樓				
備 註	• 是否曾生過 X 染色體脆折症患者？ ☐否 ☐是 • 家族是否有 X 染色體脆折症病史？ ☐否 ☐是 (若有家族病史者，請畫遺傳圖譜於右欄) • 本人是否為孕婦？ _____ ☐否 ☐是 【若為孕婦則懷孕次數(含此次)：_____； 懷孕週數為 _____ 週；最後月經日：_____年____月____日】			備註欄(族譜)	
					

本人委請 貴院施行 X 染色體脆折症基因檢驗，已充分了解並同意以下事項：

- 一、X 染色體脆折症(Fragile X syndrome)是一種性染色體顯性的遺傳疾病，致病基因 FMR1 位於 X 染色體上，患者不論男性和女性都有病徵，包括智能發展障礙、自閉、過動或人際關係不佳等，通常男性的臨床症狀會較女性嚴重。致病的原因為 FMR1 基因發生 CGG 重複次數異常擴增，導致 FMR1 基因表現受到抑制，因 FMR1 基因產物是一種很重要的腦部物質，缺乏時會導致腦部聯結異常，故有智力、行為、語言、情緒及外觀上的改變。
- 二、美國醫學遺傳學會(ACMG)依據 FMR1 CGG 重複次數，將 FMR1 基因型區分為以下四類：重複次數介於 5-44 次者定義為「正常型(Normal)」；重複次數介於 45-54 者定義為「中間型(Intermediate)」，本身及下一代都沒有 X 染色體脆折症的風險；重複次數介於 55-200 次者定義為「準突變型(Premutation)」，為本症的高危險群，下一代可能會生下本症的患者；當重複次數大於 200 次者定義為「完全突變型(Full Mutation)」，為 X 染色體脆折症的患者，會表現前述的臨床症狀。
- 三、20%沒有家族病史，是由無症狀的「準突變型」女性帶因者所生。依照國外統計數據，女性準突變型的帶因率約在 1/250 左右。準突變型帶因者其子女是脆折症的高危險群，因為「準突變型」可能在下一代變成「完全突變型」，CGG 重複次數越高，下一代為完全突變型的機率也越高，從 2%~98%不等。
- 四、準突變型帶因者除了會有生下患者的風險外，部份人於中晚年也會出現一些臨床表徵，包括 50 歲後出現震顫及運動失調症(FXTAS)，部分女性過了 40 歲後，會有原發性卵巢發育不良和早期停經(POI)的情形。
- 五、為確保檢驗品質及準確度，若遇檢體不良(如檢體量不足、凝血、溶血、羊水污染)時，將請受檢者重新採檢。
- 六、檢驗結果之準確率約為 98%，結果可供醫師臨床診斷依據，相關諮詢請洽遺傳諮詢人員或專科醫師。
- 七、本人已充分了解基因檢驗之內容、準確度及侷限性，並同意進行本項檢驗。
- 八、檢驗結果完成後，剩餘 DNA 檢體將依檢驗單位規範保存、使用或丟棄。

(以下由檢驗單位填寫)

收檢人員簽章		日期		☐ 立案 ☐ 補件 ☐ 退件	備註	
--------	--	----	--	---	----	--

第一聯(白)：與檢體併送檢驗單位留存 第二聯(紅)：採檢院所留存 第三聯(黃)：受檢者留存

編號(版次)/日期:SIP-GX-01(01.2)/2024.04.18

SIP-GX-01(01.2)X 染色體脆折症基因檢驗同意書