

新生兒基因篩檢同意書

以下欄位為收檢單位填寫

受檢者姓名:

檢體編號:

收檢日期/收檢人員

- 感覺神經性聽損基因篩檢 巨細胞病毒篩檢
先天性中樞性換氣不足症候群基因篩檢
三項皆作

立案 補件 退件

(以下由採檢單位填寫)

病歷號碼		送檢單位 聯絡電話		採檢日期	年 月 日
送檢單位		送檢單位 聯絡人		送檢日期	年 月 日
送檢醫師	報告收件人及地址:				
檢體種類	<input type="checkbox"/> 血片 <input type="checkbox"/> 全血 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明_____)				

受檢者資料: (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)

母親姓名		母親生日	年 月 日	母親 身分證字號	
地 址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	縣 市	鄉鎮 區市	村 里	路 街 段 巷 弄 號 樓
聯絡電話				新生兒父母 國籍別	父: <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 其他: _____ 母: <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 其他: _____
新生兒 生日	年 月 日	新生兒 性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	是否為 多胞胎?	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是/本胎次為第 ____ 胎
新生兒 體重	公克	懷孕 生產週數	____週	新生兒 是否輸血?	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (____月____日)
是否同時有作其他新生兒聽力篩檢?		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是/檢測方式: <input type="checkbox"/> OAE <input type="checkbox"/> aABR (<input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 未通過)			
備註					

本人委請 貴院施行新生兒基因篩檢, 已充分了解並同意以下事項:

- 此次基因篩檢的目的是為瞭解新生兒是否帶有目前已知且較常見的感覺神經性聽損或先天中樞換氣不足症候群的基因變異。
- 研究發現, 已開發國家的新生兒, 先天性巨細胞病毒的感染率約 0.58%, 其中約有 12.6% 會出現聽力異常的情形。
- 當本檢測結果顯示異常時, 強烈建議受檢者之雙親應諮詢小兒或耳鼻喉科專科醫師, 以完整了解報告意涵及內容。
- 當本檢測結果正常時, 表示受檢者未帶有常見之感覺神經性聽損或先天中樞換氣不足症候群的基因變異; 但仍不能排除新生兒因其他未檢測之基因點位突變或後天因素造成之聽損或先天中樞換氣不足症候群。
- 巨細胞病毒是採用高靈敏度的即時定量 PCR 方法(45 cycles)來偵測, 當病毒含量低於偵測靈敏度以下時, 可能會出現偽陰性的結果。
- 為確保檢驗品質及準確度, 若遇檢體不良(如檢體量不足及污染)時, 可能會導致報告延遲, 甚至需請受檢者重新採檢。
- 受限於檢體的品質、檢體污染、設備與技術靈敏度等多項複雜因素的影響, 仍可能會導致極少數分析診斷之誤差, 故本結果報告僅供醫師臨床診斷研究依據, 相關諮詢請洽遺傳諮詢人員或專科醫師。
- 若因不可抗力因素導致實驗室無法執行檢驗工作時, 同意授權本院將檢體轉送經評估合格的後援機構, 以確保檢驗報告順利簽發。
- 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。
- 本篩檢結果完成後, 剩餘之檢體將依檢驗單位規範保存、使用或丟棄。
- 依循個人資料保護法, 本人同意提供上述基本資料供產檢院所與檢驗單位使用於本檢驗相關之建檔、報告及聯絡。

第一聯(白)、第二聯(紅)、第三聯(綠): 隨檢體送達檢驗單位 第四聯(藍): 採檢院所留存 第五聯(黃): 受檢者留存
SIP-NB-01(01)新生兒基因篩檢同意書