

柯滄銘婦產科診所

個案紀錄單

檢體編號: _____ (由檢驗單位填寫)

個案資料由受檢者填寫

個案資料	姓名		年齡	民國	年	月	日生	足歲	個案國籍別		
	電話	家: ()								身分證號碼 / 統一證號	
		公: ()								性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	手機:										
	戶籍地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	縣	鄉鎮	村	路	段	巷	弄	號	樓
		市	區市	里	街						
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	縣	鄉鎮	村	路	段	巷	弄	號	樓	
		市	區市	里	街						
孕婦產科史	(非孕婦產前診斷免填)		懷孕次數: _____ 次(包含本次)								
	最後一次月經開始日: _____ 年 _____ 月 _____ 日		懷孕週數: _____ 週(超音波週數)								

送檢資料由採檢院所填寫

送檢資料	病歷號碼		院所名稱		送檢醫師		
	檢體種類:	<input type="checkbox"/> 1.血液 _____ c.c. <input type="checkbox"/> 2.羊水 _____ c.c. <input type="checkbox"/> 3.絨毛 _____ mg <input type="checkbox"/> 4.臍帶血 _____ c.c.					
		<input type="checkbox"/> 5.其他 (請註明 _____)					
	聯絡人:	電話:	(分機)	手機:	傳真:		
報告寄送之人及地址:	_____						
電子郵件(E-mail):	_____			抽取日期:	年	月	日
				送檢日期:	年	月	日

申請檢驗項目由採檢院所填寫

申請檢驗項目: (請勾選或說明)	
一、分子染色體分析: <input type="checkbox"/> aCGH 基因體晶片分析 <input type="checkbox"/> MLPA 快篩染色體套數異常(13,18,21,X,Y) <input type="checkbox"/> 染色體已知套數異常 STR 快速確診(4,7,13,14,15,18,21,X,Y) <input type="checkbox"/> Prader-Willi/Angelman syndorme 檢查(15q11-q13) <input type="checkbox"/> DiGeorge(CATCH22)檢查(22q11) <input type="checkbox"/> Williams syndrome 檢查(7q11.23) <input type="checkbox"/> Cat eye syndrome 檢查(22q11) <input type="checkbox"/> 其他項目: _____	二、基因分析 <input type="checkbox"/> A 型血友病(Hemophilia A) <input type="checkbox"/> B 型血友病(Hemophilia B) <input type="checkbox"/> 亨丁頓舞蹈症(Huntington Disease) <input type="checkbox"/> 杜顯氏/貝克氏肌肉萎縮症(DMD/BMD) <input type="checkbox"/> 龐貝氏症/肝醣儲積症第 2 型 <input type="checkbox"/> 脊髓小腦萎縮症(SCA 1,2,3,6,7,12,17,DRPLA) <input type="checkbox"/> 其他項目: _____
醫囑:	家族譜:

檢驗單位填寫

收檢人員簽章		收檢時間	年	月	日	時	分	<input type="checkbox"/> 立案 <input type="checkbox"/> 補件 <input type="checkbox"/> 退件
備註	_____							

聯絡電話: 02-33931030 傳真: 02-33931077 檢體寄送地址: (10050)台北市中正區林森南路 10 號 1 樓 基因室 收

亨丁頓舞蹈症基因檢驗同意書

本人 _____ 委請貴院施行亨丁頓舞蹈症之基因檢驗，並已充分了解以下事項：

1. 亨丁頓舞蹈症(Huntington Disease)為體染色體顯性遺傳，屬成年晚發型的遺傳疾病，致病原因是 Huntingtin 基因發生三核苷酸(CAG)異常擴增，本分子檢驗主要分析 Huntingtin 基因，推算(CAG)之重複次數。
2. 由於(CAG)重複片段不穩定，同一個體不同組織或親代子代間，重複次數會略有增減，研究顯示，重複次數會與發病的年齡成反比。
3. 本院不接受未滿十八歲之受檢者委託，已成年之受檢者須簽署本同意書。
4. 產前診斷至少需經由孕婦本人同意方可進行本項檢驗。
5. 報告之準確率為 97%，結果僅供醫師臨床參考。
6. 本人已經過臨床醫師或遺傳諮詢師之遺傳諮詢，充分解基因診斷之過程及必要性，並同意進行本項檢查。

此致

柯滄銘婦產科 基因飛躍生命科學實驗室

立同意書人 _____ (簽章)

出生日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

身分證字號 _____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日