

用於基因檢測/篩查的患者同意書

患者資料：

患者姓名	出生日期： DD / MM / YYYY
樣本參考編號：	性別： 男 / 女
獲得患者同意書 的醫生和地址：	診所電話 號碼：

測試類型：

(如果醫學術語不够清楚，請簡要說明)： _____

血液/唾液/血漿樣品，分析原因為： _____

組織樣本，分析原因為： _____

其他樣品 (請說明)： _____

醫師聲明

我已向病人解釋了程序。解釋包括：

預期的效益：

調查患者是否攜帶基因變異染色體重排

使親屬基因檢測中受益

澄清先前測試結果的含義

幫助做出診斷

其他： _____

醫師簽名： _____ 日期： _____

醫師姓名： _____ 職稱： _____

患者聲明

請仔細通讀此同意書。您應該擁有此同意書副本，同意書內描述了測試的效益和可能出現的問題。如果您還有其他疑問，請向我們查詢。您有權在任何時候改變主意，包括在簽署此同意書後。

我**同意**本同意書第 1 頁中所述的測試將由科德施基因 (Codex Genetics Limited) 進行。

- 我**同意/不同意**將檢查結果發布給我的推薦臨床醫生/指定醫生 _____
- 我知道樣本可能會被送往科德施基因 (Codex Genetics Limited) 之外的另一個實驗室進行測試。如果目前尚無相關測試，則樣本將存儲在科德施基因 (Codex Genetics Limited) 中，以備將來使用。
- 我明白在開發或標準化新測試的時候，可能需要匿名地使用部分樣本。
- 本人特此同意科德施基因 (Codex Genetics Limited) 對上述樣品進行上述基因檢測，並代表我取回上述樣本和病理報告，也了解樣本可能會在測試過程中消耗。
- 本人已填寫基因檢測健康資訊問卷 (只適用於 CoGenesis® BRCA-Pro 遺傳性乳腺癌及卵巢癌基因檢測)

患者姓名： _____

患者簽名： _____

轉介醫師姓名： _____

轉介醫師簽名： _____

日期： _____

請填寫同意書，並將病理報告一併發送至科德施基因，香港沙田科學園科技大道西 16 號 16W 220 室。

電話號碼：+852 3008 2560

或者，請將報告傳真至 2381 8688