

細胞染色體檢查同意書暨切結書

檢體編號

☐自費案 ☐補助案

案 資 料 (由個案或送檢院所填寫)	個	姓 名	年 齡	西元 年 月 日 生 足歲	個 案 身 份 證 或 護 照 號 碼		
	電 話	家：()	手 機：		個 案 國 籍 別		
		公：()			配 偶 國 籍 別		
	☐ 個人檢查 ☐ 夫妻確診(勾選夫妻確診時，請填寫配偶身份證號碼)					配 偶 身 分 證 號 碼	
	戶 籍 地 址	☐ ☐ ☐ 縣 鄉 鎮 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓 市 區 市 里 街					
	通 訊 地 址	☐ 同戶籍地址 ☐ ☐ ☐ 縣 鄉 鎮 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓 市 區 市 里 街					
	孕 期 填 寫 產 科 史	懷孕次數(包括此次)： 自然流產數： 人工流產數： 死產數：					
新生兒異常數： 病名：							
最後一次月經日期： 年 月 日始，月經週期： 天，規則： ☐ 是 ☐ 否 懷孕週數： 週(超音波)							
家庭類別： ☐ 一般 ☐ 偏遠地區 ☐ 低收入戶，證明文號：							
料	以下個資使用同意條款，請申請補助者依個人意願填答： 1. 本紀錄表之個人資料將做為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用，您是否同意？ ☐ 同意 ☐ 不同意 2. 您是否同意衛生人員進行後續電話訪視？ ☐ 同意 ☐ 不同意						

體 資 料 (由醫護人員填寫)	檢	採檢院所	採檢醫師	病歷號碼	
	檢 體 類 別	☐ 羊水，檢體量：_____ ml，請勾選下列外觀。 (外觀： ☐ 清澈 ☐ 混濁 ☐ 棕褐色 ☐ 血紅色 備註 _____) ☐ 絨毛 ☐ 血液 ☐ 臍帶血 ☐ 組織 _____ ☐ 其他 _____		檢體抽取 時 間	年 月 日 時 分
		適 應 症	☐ ☐ - ☐ (請參閱適應症代碼表) 其他 (請註明 _____)		檢體送檢 時 間
	料	家族族譜及 臨 床 症 狀			

我，受檢測人暨下述立書人，已仔細審閱細胞染色體檢查(以下簡稱本檢測)說明，茲此了解、同意、聲明與切結如下：

1. 本項檢測由和平婦產科診所細胞遺傳實驗室執行。
2. 本檢測結果依現今染色體分析技術可偵測之異常為限。
3. 若細胞無法分析，可能被要求重新送檢。當發現染色體異常時，建議接受臨床專業遺傳人員諮詢，以完整瞭解報告內容及意涵，亦可能被要求抽取雙親血液檢體進行比對。
4. 針對我的情況進行本檢測，已經向醫師提出問題和疑慮，並獲得說明(包括但不限於瞭解進行本檢測的必要性、步驟、風險、成功率之相關資訊及選擇其他檢測之風險)。
5. 本人同意送檢單位與檢測單位於醫療、照護服務或個人資料保護法之特定目的下，得蒐集、處理或利用本人之病歷、醫療、基因、健康檢查等個人資料。
6. 我已充分了解上述說明、聲明與切結，並同意進行本檢測。我瞭解並同意進行本檢測可能是目前最適當的選擇，但是進行本檢測無法保證一定能防止欲檢測之疾病之發生。
7. 本人已詳閱且同意第一頁及第二頁內容及細則，並於下方立書人欄位簽章。

由 檢 驗 單 位 填 寫	檢體簽收時間	年 月 日 時 分	檢 驗 單 位	
	負 責 醫 師	監 督 醫 師	報 告 日 期	
	檢 查 結 果	☐ 正常核型：_____ ☐ 異常核型：_____ ☐ 培養失敗		

立 書 人 _____ (簽章)

簽署日期：西元_____年 _____月 _____日

細胞染色體檢查說明書

1. 實驗室基本資料：和平婦產科診所細胞遺傳實驗室（北市衛安醫字第350102E285號）
 - (1) 地址：台北市大安區和平東路一段180號5樓
 - (2) 電話：02-23621113
2. 檢測名稱：細胞染色體檢查
3. 檢測技術：染色體核型分析 (Karyotype analysis)
4. 檢測目的：

本檢測針對人類23對染色體進行檢測，可提供臨床醫師：

 - (1) 協助確認臨床症狀發生之原因。
 - (2) 評估或了解是否有任何導致疾病或健康問題之可能性。
 - (3) 了解家族遺傳之可能性。
5. 檢測必要性：
 - (1) 透過本檢測可協助醫師配合臨床症狀進行疾病診斷，並與專科醫師或遺傳諮詢師進行諮詢，獲得更多醫療資訊。
 - (2) 透過本檢測可了解是否有染色體異常，協助受檢者更了解潛在的風險，及早尋求專業的諮詢建議並做出適當的醫療決策。
 - (3) 透過本檢測可了解受檢者是否具有相關疾病之異常風險，協助受檢者瞭解其染色體異常可能造成的健康問題，以及家族遺傳可能性，可及早尋求臨床醫師諮詢及建議。
6. 檢測步驟：利用細胞培養收成及染色體分析，進行23對染色體數目及結構檢測之核型分析。
7. 適應症：
 - (1) 超音波檢查發現胎兒有構造異常的孕婦。
 - (2) 有先天性異常的家族史或曾生過先天性異常寶寶的孕婦。
 - (3) 疑似染色體結構異常之個案。
 - (4) 初次或習慣性流產且未確認流產原因之婦女。
8. 可能發生的風險或不良反應：細胞培養若遭受污染無法進行染色體分析；若因檢體生長不良導致細胞數目、群落過少，抑或超出本檢測範圍及侷限性，可能會造成醫師無法提供正確的臨床建議。
9. 其他可替代的檢測選擇：
 - (1) Trisomy 13、Trisomy 18、Trisomy 21檢測可由Aneuploidy MLPA替代。
 - (2) 染色體數目片段缺失/重複可由晶片array CGH及非侵入性產前染色體篩檢NIPS進行替代。
 - (3) 每個檢測都有其侷限性，故無法完全取代，僅能針對部分異常進行替代檢測。
10. 檢測極限：低於10Mb染色體異常和低比例鑲嵌型無法完全檢測。
11. 收費方式：
 - (1) 自費，血液：_____元/次；羊水：_____元/次
 - (2) 補助，血液：_____元/次；羊水：_____元/次
12. 版本日期：2024.02.08
13. 其他說明：無。
14. 本人已充分了解上述內容及細則並於第一頁立書人欄位簽章。