

次世代定序基因檢測說明暨同意書

姓名： 性別： 出生日期：
 病歷號： 申請科別： 申請時間：
 就醫序號： 申請序號：

檢測實驗室基本資料

檢測實驗室：基因醫學部

實驗室所在地地址：台北市中山區中山南路8號19樓19004室

實驗室所屬機構名稱：國立台灣大學醫學院附設醫院

檢測費用：

醫令碼/醫令中文名稱/自費價

00R28749/基因分析 Level1 /2100 元

00R28750/基因分析 Level2 /3600 元

00R28751/基因分析 Level3 /8600 元

00R28752/基因分析 Level4 /16000 元

00R28753/基因分析 Level5 /21000 元

00R28754/次世代定序全外顯子定序檢測-單基因遺傳疾病/31000 元

基因檢測報告隱私聲明：

根據個人資料保護法第六條規定：「有關醫療、基因、性生活、健康檢查及犯罪前科之個人資料，不得蒐集、處理或利用。但有下列情形之一者，不在此限：一、法律明文規定。二、公務機關執行法定職務或非公務機關履行法定義務所必要，且有適當安全衛護措施。三、當事人自行公開或其他已合法公開之個人資料。四、公務機關或學術研究機構基於醫療、衛生或犯罪預防之目的，為統計或學術研究而有必要，且經一定程序所為蒐集、處理或利用之個人資料。前項第四款個人資料蒐集、處理或利用之範圍、程序及其他應遵行事項之辦法，由中央目的事業主管機關會同法務部定之」。實驗室操作基因檢驗時將以實驗室編碼代替受檢者可辨識身分之資料。基因檢測結果皆記載於本院個人病歷資料，並遵守本院病歷隱私安全相關規範。基因定序原始資訊(如Fastq)需由專業人員解讀，恕不提供給病患。

經貴院_____醫師(由系統帶入醫師簽章)_____ (由系統帶入時間)詳細說明

該項檢查治療可能發生之併發症及危險，並已充分瞭解，並已詳讀說明書/注意事項內容

有疑問，進一步說明：_____ 已了解；

同意由貴院施行該項檢查治療。貴院實施檢查治療時，應善盡醫療上必要之注意，檢查治療中或其後，若發生緊急情況，同意接受貴院必要之緊急處置。

