

Guardant360 癌症基因液態切片檢測

說明暨同意書

屏東榮民總醫院

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：

附件基因檢測委外送檢資料 (由臨床開單醫師填寫)

醫院名稱	屏東榮民總醫院		
主治醫師			
送檢病理編號			
病人英文名(同護照)	Last Name _____ First Name _____		
診斷(癌別)		病理型態	
癌症期別		是否接受過移植	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
主要治療用藥(與基因突變檢測有關者, 如: Gefitinib)			

送檢項目：

血液檢體(病理檢驗科送檢，請提供本送檢資料予病理檢驗科)：

勾選	院內代碼	項目名稱	自費金額
	00R25165	Guardant360癌症基因液態切片檢測	120,000