

# ACTHRD帕癌檢癌症基因檢測同意書(行動基因)

高雄榮民總醫院

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：

此同意書有關您即將接受的癌症基因檢測，以書面說明讓您瞭解檢測之目的、實施步驟、效益及風險，請仔細閱讀。經醫師說明後，如果您對這項檢測仍有任何疑問，請在簽名前再與他們充分討論。本同意書必須全部由您、您的家長/監護人或法律授權代理人填寫並簽名。

執行實驗室：行動基因臨床分子醫學實驗室

**檢測項目名稱：ACTHRD帕癌檢癌症基因檢測**

**檢測技術及適應症：**此癌症基因檢測使用次世代定序技術，適用乳癌、卵巢癌、前列腺癌、胰臟癌等找尋BRCA1/2基因異常及PARP抑制劑用藥資訊之患者。

**檢測目的及必要性：**

1. 目的：檢測BRCA1/2異常基因、LOH及HRD狀態評估PARP抑制劑治療方式。
2. 必要性：此癌症基因檢測可能幫助醫師判定可用以治療癌症的臨床治療，或您可能能夠參與的臨床試驗。在您和您的醫師討論並同意接受檢測後，即可根據檢測報告內容及其他資訊（例如：您的醫療病史、其他檢測），決定您接下來適合的治療方案。

**檢測步驟：**

1. 在取得您的同意後，院方會將您的石蠟包埋切片檢體送至行動基因生技股份有限公司（行動基因臨床分子醫學實驗室，位於台灣台北市內湖區新湖二路345號3樓），使用該公司的**ACTHRD帕癌癌症基因檢測**進行癌症篩檢、診斷、治療及預後之基因檢測。
2. 檢體送達行動基因臨床分子醫學實驗室後，依其實驗室檢測標準作業程序進行品管評估與編號收件，檢體需符合允收標準方可進行檢測。
3. 依據檢測突變資訊及整合國內外大型資料庫，從目前FDA已核准之標靶藥物以及臨床試驗資訊，再經相關訓練之醫事檢驗師或專科醫師審閱後核發個人化精準醫療之基因檢測報告。
4. 行動基因臨床分子醫學實驗室將會寄一份詳細的報告給您的醫師，包含您腫瘤的基因變化以及潛在的治療選擇及臨床試驗等資訊，此分析結果將列入您的病歷中。
5. 行動基因臨床分子醫學實驗室應於檢測完成後將任何未使用的檢體組織歸還本院病理科，組織玻片檢體則保存於行動基因臨床分子醫學實驗室三年，以供後續稽核追蹤之用；保存期滿之剩餘檢體，將由行動基因臨床分子醫學實驗室人員去除身分識別後（刪除被檢測身份相關的資料）進行銷毀。
6. 行動基因臨床分子醫學實驗室將依照本院規定，協助您進行檢體及相關病理資料申請。（例：病理報告），在申請及運送檢體至行動基因臨床分子醫學實驗室時，可能會觸及您的個

# ACTHRD帕癌檢癌症基因檢測同意書(行動基因)

高雄榮民總醫院

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：

人資訊。

## 檢測極限：

1. 次世代定序檢測及核酸檢測等技術仍有其限制，該檢測準確率並非百分之百。
2. 此檢測不包含可能影響基因表達的非編碼區域（non-coding regions）的變異，報告內容也不包括多型性（polymorphism），無法排除未分析或覆蓋不完整的基因中存在病理性變異的可能性。檢測結果僅代表了所有可分析區域的發現，它可能可以或可能無法反映這個個體的生殖細胞狀態。此外，檢測報告列出的變異可能不在所有腫瘤細胞中存在。
3. BRCA1 和BRCA2的末端外顯子(terminal exons)可能存在罕見的大片段基因重組(uncommon LGRs)，此檢測可能無法檢測到這些缺失。次世代定序檢測及核酸檢測等技術仍有其限制，該檢測準確率並非百分之百。

## 潛在風險：

1. 與基因相關的知識不斷在更新。我們可能尚不了解所觀察到特定變異的重要性，或是否可針對這些變異進行處置。因此，有關結果的意義以及基於結果應提供之治療策略，將由醫師判斷與決定。次世代定序技術可能無法辨識出您所患癌症相關的所有突變，也有極些微的可能性會發生錯誤。您可能得知與您自身相關且在您預料之外的醫療資訊，包括得知額外的診斷或您病況的變化，這些可能會使您感到沮喪或對您造成壓力。
2. 若有檢體錯誤或損壞等檢體運送之異常事件發生時，本院及行動基因生技股份有限公司將會負責檢體改正；若於檢測流程中遇不良事件，例如檢測報告結果錯誤、使用超出適應症許可範圍等，行動基因生技股份有限公司將依據法規進行自主通報，並啟動召回程序。

## 替代方案：

第一代定序技術如桑格定序法（Sanger sequencing）、接合酶定序法（sequencing by ligation）、雜交定序法（sequencing by hybridization）等，亦可針對單項基因個別偵測是否產生突變。但第一代定序技術之檢測方法耗時且產出數據遠低於次世代定序技術。

## 醫師之聲明：

- 1.我已經盡量以病人所能瞭解之方式，解釋這項檢查（治療）之相關資訊，特別是下列事項：
  - 需進行此項檢查（治療）之原因、方式及步驟。
  - 此檢查（治療）可能之併發症及治療方式。

# ACTHRD帕癌檢癌症基因檢測同意書(行動基因)

高雄榮民總醫院

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：

若不進行此項檢查（治療），可能之其他檢查（治療）方式及後果。

2.我已盡量以病人可了解的方式充分說明，並讓病人詢問有關本次檢查（處置、治療）之相關問題，並給予答覆：

(1) \_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_

## 健保支付規範補充說明：

1. 申請健保給付者，需同意其基因檢測結果上傳至健保署或其他指定資料庫，未上傳者不予支付。
2. 除Germline BRCA1/2基因檢測使用血液檢體外，其他檢測限使用已確診之腫瘤病理組織，且檢測項目須包含適應症附表所列該癌別必須檢測之位點及變異別，始予給付。
3. 每人各癌別限30301B、30302B或30303B擇一申報且終生給付一次。
4. 開立醫師已先評估病患其條件符合健保支付條件之適應症。

## 同意支付：

此檢測費用為95,000元。

全額自費

符合健保30302B定額支付兩萬點條件，自付差額75,000元。

(備註：病人自述無於他院施作，如後續經健保署確認病人此癌別已給付過，而違反終生給付一次規定遭致核扣，病人需回院補繳健保定額支付點數)

立同意書人已經與醫師討論過接受這個檢驗的效益、風險及替代方案，對醫師的說明都已充分了解且願意自費負擔檢驗費用。

醫師簽章：

此 致 高雄榮民總醫院

與病人之關係：本人 配偶 父母 子女 其他：\_\_\_\_\_

立同意書人：\_\_\_\_\_ 簽章 電話：\_\_\_\_\_

西元 年 月 日 時 分

附註：

- 一、立同意書人，由病人親自簽具；病人為未成年人或無法親自簽具者，依醫療法第六十四條第一項規定，得由其法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。
- 二、立同意書人非病人本人者，『與病人之關係欄』應予填載與病人之關係。

# ACTHRD帕癌檢癌症基因檢測同意書(行動基因)

高雄榮民總醫院

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：

- 三、醫院為病人實施手術後，如有再度實施手術之必要，除有醫療法第六十三條第一項但書所定情況緊急者外，仍應依本格式之程序說明並再簽具同意書，始得為之。本項檢查治療比照上述規定辦理。
- 四、醫療法第六十四條：「醫療機構實施中央主管機關規定之侵入性檢查或治療，應向病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人說明，並經其同意，簽具同意書後，始得為之。但情況緊急者，不在此限」