

高雄榮民總醫院

ALK IHC 檢測申請同意書

患者：_____，身分證號碼：_____，

病歷號碼：_____，民國_____年_____月_____日生，目

前在高雄榮民總醫院接受診治，負責主治醫師為_____。

茲因標靶藥物治療可能需要 ALK IHC 檢測，同意進行檢查。：

輝瑞大藥廠股份有限公司為嘉惠本院病患，提供符合檢查需求的病患 ALK 自費檢驗費用。輝瑞大藥廠股份有限公司委託高雄榮民總醫院檢驗以服務病患，檢驗結果僅供醫師治療參考依據。

此致 高雄榮民總醫院 病理檢驗部

患者本人或代理人 _____

負責醫師 _____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日