

# 高雄榮民總醫院

## 大腸直腸癌標靶藥物治療基因檢測申請同意書

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\_\_\_\_\_。

茲因標靶藥物治療上可能需要以下檢測，同意進行檢查。

● *KRAS*、*NRAS* 及 *BRAF* 基因檢測

台灣默克股份有限公司為嘉惠本院病患，為符合檢查需求的病患提供上述自費檢驗費用。委託高雄榮民總醫院檢驗上述檢查，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