

高雄榮民總醫院

HER2 IHC 1+病人 HER2 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需要 *HER2* gene amplification 分析，而 HER2 IHC 1+ 的 *HER2* ISH 檢驗費用國民健康署不給付，由羅氏大藥廠委託高雄榮民總醫院代為檢驗以服務病患。

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