

ACTBRCA 貝癌檢癌症基因檢測說明暨同意書 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：

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。

檢測項目名稱：ACTBRCA 貝癌檢癌症基因檢測(組織)

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、胰臟癌、攝護腺癌等找尋 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，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：（簡述）

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 ACTBRCA 貝癌檢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。

ACTBRCA 貝癌檢癌症基因檢測說明暨同意書 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：

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。

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)

負責醫師簽名：

日期： 年 月 日

時間： 時 分

病人_____，出生於西元_____年_____月_____日，經醫療人員說明後，同意執行 ACTBRCA 貝癌檢癌症基因檢測(組織)，願意自費負擔本檢測費用_35,000_元。

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。

立同意書人姓名：_____（簽章）

身分證字號/居留證或護照號碼：_____

與病人之關係（請圈選）：本人、配偶、父、母、兒、女、其他：_____

住址：

電話：

日期：西元_____年_____月_____日 時間：_____時_____分