

 <small>瑪麗醫院</small> <small>QUEEN MARY HOSPITAL</small>	<b>Department of Obstetrics and Gynaecology</b>	Document No.	OGPD0037(I)-C	
		Issue Date	Dec 2021	
	<b>Subject</b>	Next Review Date	Dec 2024	
	生殖醫學遺傳檢驗同意書	Approved by	Prenatal Diagnosis and Counselling Team, TYH	
		Page	Page 1 of 1	

Tsan Yuk Hospital  
Prenatal Diagnostic Lab

Consent form for Genetic Tests in Reproductive Medicine (CHI)  
TYH-REC-CONF(CHI)-RMI-V1-2104

## 生殖醫學遺傳檢驗同意書

(請於合適方格  上填上✓號，\* 請把不合適者刪除)

姓名：	_____
身份證號碼：	_____
出生日期：	_____
	或標籤

化驗室專用：	
樣本編號：	_____
報告編號：	_____

本人現同意贊育醫院產前診斷化驗室使用  本人 (以下稱為“接受檢驗者”) 於 \_\_\_\_\_ (當日日期：日日/月月/年年) 抽取之  血液樣本，就 \_\_\_\_\_ (病徵或診斷)，用作  傳統染色體核型分析  Y染色體微缺失  脆性X綜合症測試 遺傳檢驗之用。

### 檢驗類別

診斷檢驗 (Diagnostic testing)  攜帶者檢驗 (Carrier testing)

### 檢驗結果處理

本人明白贊育醫院產前診斷化驗室可能會將檢驗結果交給其他參與照顧接受檢驗者的醫生或醫護人員，無需再徵求本人同意。

本人  同意 /  不同意 在無法聯繫本人 或 在本人不幸身故或喪失行為能力的情況下，檢驗結果將會轉達予指定受託人。

受託人姓名及聯絡方法：\_\_\_\_\_

### 樣本處理

本人同意贊育醫院產前診斷化驗室可將接受檢驗者的樣本  
 用作將來針對以上及其他相關遺傳病進行檢驗。樣本將可能傳送至其他化驗室進行檢驗。  
 用作不指定的遺傳檢驗中作為對照參考。本人明白此樣本將會以匿名方式儲存。

或

本人要求贊育醫院產前診斷化驗室在檢驗完成後，根據有關監管或認證要求把接受檢驗者的樣本銷毀。本人明白日後如有進一步的遺傳檢驗，則需要再度抽取樣本。

### 結果及風險

本人明白檢驗報告中的結果和解釋是基於當前的技術和知識。如果將來檢驗技術或知識水平有所提升，現有的遺傳檢驗結果有可能會被更新。

### 樣本及數據之研究選項

本人  同意 /  不同意 將病歷及檢驗結果用於科學研究用途。在進行研究之前，研究人員必先獲得有關監管機構的批准。如有需要，研究人員將會通知本人簽署另外一份同意書。本人明白我的決定將不會影響接受檢驗者的任何臨床待遇。

### 樣本及數據之發表選項

本人  同意 /  不同意 將病歷及檢驗結果於醫學報告或醫學文獻中發表，所有身份識別標記將會被移除。然而，研究人員並不能保證接受檢驗者可以完全不被認出。在發表報告或文獻之前，研究人員必先獲得有關監管機構的批准。如有需要，研究人員將會通知本人，並向本人解釋有關報告或文獻的詳細資料。

### 簽署

接受檢驗者姓名及身份證號碼：\_\_\_\_\_ 簽名：\_\_\_\_\_

\*父母/監護人姓名及身份證號碼：\_\_\_\_\_ 簽名：\_\_\_\_\_

見證人姓名(可選擇的)：\_\_\_\_\_ 簽名：\_\_\_\_\_

醫生姓名：\_\_\_\_\_ 簽名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_

請將一份已簽妥的生殖醫學檢驗同意書副本保留在患者記錄中並將此正本一同提交至贊育醫院產前診斷化驗室。