

產前遺傳診斷個案紀錄聯

自費案
 補助案

檢體編號

個案資料由孕婦或採檢院所填寫

檢體資料由採檢院所填寫

檢驗結果及異常個案追蹤結果由檢驗單位協助填寫

個 案	姓名		年齡	民國	年	月	日	生	足歲	個案國籍別		
	電話	家：() 公：() 手機：								配偶國籍別		
資 料	戶籍地址	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷	弄	號	樓
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷	弄	號	樓
產 科 史	產科史	懷孕次數(包括此次)： 自然流產數： 人工流產數： 死產數： 新生兒異常數： 病名： 最後一次月經日期： 年 月 日始，月經週期： 天，規則： <input type="checkbox"/> 1. 是 <input type="checkbox"/> 2. 否 懷孕週數： 週(超音波)										
	家庭類別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低收入戶，證明文號：										
	1. 本紀錄表之個人資料將會做為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用，您是否同意？ <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 2. 您是否同意衛生人員進行後續電話訪視？ <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 個案簽名：_____											

檢 體 資 料	採檢院所名稱		採檢醫師		病歷號碼	
	檢體類別	<input type="checkbox"/> 1. 絨毛 <input type="checkbox"/> 2. 羊水 <input type="checkbox"/> 3. 臍血	抽取量	ml	檢體抽取時間	年 月 日 時 分
	檢體外觀	<input type="checkbox"/> 1. 清澈 <input type="checkbox"/> 2. 混濁 <input type="checkbox"/> 3. 棕褐色 <input type="checkbox"/> 4. 血紅色			檢體送檢時間	年 月 日 時 分
	適應症	<input type="text"/> - <input type="text"/> (請參閱適應症代碼表)	請填寫檢驗數值： 並註明送檢原因 注意：如補助案須附相關證明文件			

檢體收到時間	年 月 日 時 分	檢驗單位	
負責醫師		監督醫師	報告日期

檢查項目： 1. 細胞遺傳學檢驗 2. 其他_____

檢驗結果	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 正常變異型 _____ <input type="checkbox"/> 3. 異常 核型：_____ <input type="checkbox"/> 4. 培養失敗
------	--

異 常 個 案 追 蹤 結 果	一、產前異常個案追蹤結果
	1. 已做人工流產/引產 <input type="checkbox"/> 已做人工流產/引產：地點：_____，流產/引產物已做過確認 <input type="checkbox"/> 已做人工流產/引產：地點：_____，流產/引產物未做過確認 2. <input type="checkbox"/> 繼續懷孕 3. 其它 <input type="checkbox"/> 轉診：院(所)名稱：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____ (請敘明)
	二、遺傳諮詢服務
	1. <input type="checkbox"/> 轉介至遺傳諮詢中心，醫院名稱：_____ <input type="checkbox"/> 由原採檢醫師：_____ 提供遺傳諮詢 3. <input type="checkbox"/> 其他：_____ (請敘明)

註：檢驗單位填妥檢驗及異常個案追蹤結果後，自存第一聯；並將補助個案之相關資料申報至健康局指定之網路申報及資料庫作業系統。相關資料由檢驗單位上網登錄後，依規定期限(每月 25 日截止)上傳至行政院衛生署國民健康局指定之網路申報及資料庫作業系統。經審核無誤後撥款，異常個案資料由審核端統一列印後，寄至個案通訊地址所在地之衛生局，轉轄區衛生所追管理。

第一聯(紅)聯：檢驗單位
 第二聯(白)聯：檢驗單位
 第三聯(綠)聯：送檢單位
 第四聯(黃)聯：立同意書人

產前遺傳診斷個案紀錄聯

自費案
 補助案

檢體編號

個案資料由孕婦或採檢院所填寫

檢體資料由採檢院所填寫

第一聯(紅)聯: 檢驗單位

第二聯(白)聯: 檢驗單位

第三聯(綠)聯: 送檢單位

第四聯(黃)聯: 立同意書人

個	姓名	年齡	民國	年	月	日	足歲	個案國籍別
	電話	家: () 公: () 手機:						配偶國籍別
案	戶籍地址	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 縣 鄉鎮 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓 市 區市 里 街						
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 縣 鄉鎮 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓 市 區市 里 街						
資	產科史	懷孕次數(包括此次): 自然流產數: 人工流產數: 死產數:						
		新生兒異常數: 病名: 最後一次月經日期: 年 月 日始, 月經週期: 天, 規則: <input type="checkbox"/> 1. 是 2. 否 懷孕週數: 週(超音波)						
	家庭類別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低收入戶, 證明文號:						
料	1. 本紀錄表之個人資料將會做為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用, 您是否同意? <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 2. 您是否同意衛生人員進行後續電話訪視? <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意							
	個案簽名: _____							

檢體資料	採檢院所名稱	採檢醫師	病歷號碼
	檢體類別	抽取量	檢體抽取時間
	檢體外觀	ml	檢體送檢時間
	適應症	請填寫檢驗數值: 並註明送檢原因 注意: 如補助案須附相關證明文件	

檢體收到時間	年 月 日 時 分	檢驗單位
負責醫師	監督醫師	報告日期

檢查項目: 1. 細胞遺傳學檢驗 2. 其他 _____

檢體結果	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 正常變異型 _____ <input type="checkbox"/> 3. 異常 核型: _____ <input type="checkbox"/> 4. 培養失敗
------	---

我已仔細審閱細胞染色體遺傳檢驗說明, 並了解下列情形:

1. 染色體乃細胞經培養後於有絲分裂中期時出現, 經過染色後在高倍率光學顯微鏡下觀察得到的結果。
2. 為確保檢驗品質及準確度, 少數案例有可能因為細胞活性不好, 或遇檢體不良(如棕褐色羊水、血紅色羊水)或培養過程中遭受污染, 導致無法得到檢驗結果, 可能導致報告延遲, 甚至須重新採檢。
3. 染色體檢驗其分析方法的解析度約 5Mb, 低於此解析度的染色體異常, 如微小的片段異常, 是無法在光學顯微鏡下檢查出來的。
4. 當發現染色體異常時, 建議接受專門遺傳人員諮詢, 以完整瞭解報告內容及意涵。此時亦有可能被要求抽取父、母親血液檢體進行比對。
5. 羊水染色體檢查, 如果合乎衛生署所公佈之適應症, 檢驗費用得以部分補助。
6. 檢驗完成後, 我同意在去掉所有個人信息後, 檢測結果可供研究參考並授權檢驗單位對本項檢測項目的檢體進行檢體保存、使用或棄置。
7. 接受衛生福利部補助者, 個案資料及檢驗結果會呈報衛生主管機關。若為異常個案, 將會有專人聯繫與關懷。

註: 檢驗單位填妥檢驗及異常個案追蹤結果後, 自存第一聯; 並將補助個案之相關資料申報至健康局指定之網路申報及資料庫作業系統。相關資料由檢驗單位上網登錄後, 依規定期限(每月 25 日截止)上傳至行政院衛生署國民健康局指定之網路申報及資料庫作業系統。經審核無誤後撥款, 異常個案資料由審核端統一列印後, 寄至個案通訊地址所在地之衛生局, 轉轄區衛生所追管理。

產前遺傳診斷個案紀錄聯

自費案
 補助案

檢體編號

個案資料由孕婦或採檢院所填寫

檢體資料由採檢院所填寫

第一聯(紅)聯: 檢驗單位

第二聯(白)聯: 檢驗單位

第三聯(綠)聯: 送檢單位

第四聯(黃)聯: 立同意書人

個	姓名				年齡	民國	年	月	日	足歲	個案國籍別		
	電 話	家: ()										配偶國籍別	
公: ()										身分證號碼 / 統一證號			
手機:													
案	戶籍地址	<input type="text"/>	<input type="text"/>	縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷	弄	號	樓
	市 區市 里 街												
資	通訊地址	<input type="text"/>	<input type="text"/>	縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷	弄	號	樓
	市 區市 里 街												
料	產科史	懷孕次數(包括此次): 自然流產數: 人工流產數: 死產數:											
		新生兒異常數: 病名:											
	最後一次月經日期: 年 月 日始, 月經週期: 天, 規則: <input type="checkbox"/> 1. 是 2. 否 懷孕週數: 週(超音波)												
家庭類別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低收入戶, 證明文號:												
1. 本紀錄表之個人資料將會做為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用, 您是否同意? <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 2. 您是否同意衛生人員進行後續電話訪視? <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意													
個案簽名: _____													

檢體資料	採檢院所名稱				採檢醫師			病歷號碼					
	檢體類別	<input type="checkbox"/> 1. 絨毛 <input type="checkbox"/> 2. 羊水 <input type="checkbox"/> 3. 臍血			抽取量	<input type="text"/>	ml	檢體抽取時間	年	月	日	時	分
	檢體外觀	<input type="checkbox"/> 1. 清澈 <input type="checkbox"/> 2. 混濁 <input type="checkbox"/> 3. 棕褐色 <input type="checkbox"/> 4. 血紅色			檢體送檢時間		年	月	日	時	分		
	適應症	<input type="text"/> - <input type="text"/> (請參閱適應症代碼表)		請填寫檢驗數值: 並註明送檢原因 注意: 如補助案須附相關證明文件									

檢體收到時間	年	月	日	時	分	檢驗單位		
負責醫師				監督醫師			報告日期	

檢查項目: 1. 細胞遺傳學檢驗 2. 其他 _____

檢體結果	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 正常變異型 _____	
	<input type="checkbox"/> 3. 異常 核型: _____ <input type="checkbox"/> 4. 培養失敗	

我已仔細審閱細胞染色體遺傳檢驗說明, 並了解下列情形:

1. 染色體乃細胞經培養後於有絲分裂中期時出現, 經過染色後在高倍率光學顯微鏡下觀察得到的結果。
2. 為確保檢驗品質及準確度, 少數案例有可能因為細胞活性不好, 或遇檢體不良(如棕褐色羊水、血紅色羊水)或培養過程中遭受污染, 導致無法得到檢驗結果, 可能導致報告延遲, 甚至須重新採檢。
3. 染色體檢驗其分析方法的解析度約 5Mb, 低於此解析度的染色體異常, 如微小的片段異常, 是無法在光學顯微鏡下檢查出來的。
4. 當發現染色體異常時, 建議接受專門遺傳人員諮詢, 以完整瞭解報告內容及意涵。此時亦有可能被要求抽取父、母親血液檢體進行比對。
5. 羊水染色體檢查, 如果合乎衛生署所公佈之適應症, 檢驗費用得以部分補助。
6. 檢驗完成後, 我同意在去掉所有個人信息後, 檢測結果可供研究參考並授權檢驗單位對本項檢測項目的檢體進行檢體保存、使用或棄置。
7. 接受衛生福利部補助者, 個案資料及檢驗結果會呈報衛生主管機關。若為異常個案, 將會有專人聯繫與關懷。

註: 檢驗單位填妥檢驗及異常個案追蹤結果後, 自存第一聯; 並將補助個案之相關資料申報至健康局指定之網路申報及資料庫作業系統。相關資料由檢驗單位上網登錄後, 依規定期限(每月 25 日截止)上傳至行政院衛生署國民健康局指定之網路申報及資料庫作業系統。經審核無誤後撥款, 異常個案資料由審核端統一列印後, 寄至個案通訊地址所在地之衛生局, 轉轄區衛生所追管理。

檢驗結果及異常個案追蹤結果由檢驗單位協助填寫

產前遺傳診斷個案紀錄聯

自費案
 補助案

檢體編號

個案資料由孕婦或採檢院所填寫

檢體資料由採檢院所填寫

檢驗結果及異常個案追蹤結果由檢驗單位協助填寫

個	姓名				年齡	民國	年	月	日	足歲	個案國籍別		
	電 話	家：()											
公：()													
	手機：												
案	戶籍地址	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷	弄	號	樓	
			市	區市	里		街						
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷	弄	號	樓
			市	區市	里		街						
資	產科史	懷孕次數(包括此次)： 自然流產數： 人工流產數： 死產數：											
		新生兒異常數： 病名：											
	最後一次月經日期： 年 月 日始，月經週期： 天，規則： <input type="checkbox"/> 1. 是 2. 否 懷孕週數： 週(超音波)												
	家庭類別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低收入戶，證明文號：											
料	1. 本紀錄表之個人資料將會做為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用，您是否同意？ <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意												
	2. 您是否同意衛生人員進行後續電話訪視？ <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 個案簽名：_____												

檢體資料	採檢院所名稱				採檢醫師			病歷號碼			
	檢體類別	<input type="checkbox"/> 1. 絨毛 <input type="checkbox"/> 2. 羊水 <input type="checkbox"/> 3. 臍血	抽取量	<input type="text"/>	ml	檢體抽取時間	年	月	日	時	分
	檢體外觀	<input type="checkbox"/> 1. 清澈 <input type="checkbox"/> 2. 混濁 <input type="checkbox"/> 3. 棕褐色 <input type="checkbox"/> 4. 血紅色				檢體送檢時間	年	月	日	時	分
	適應症	<input type="text"/> - <input type="text"/>	請填寫檢驗數值： 並註明送檢原因 注意：如補助案須附相關證明文件 (請參閱適應症代碼表)								

檢體收到時間	年	月	日	時	分	檢驗單位		
負責醫師				監督醫師			報告日期	

檢查項目： 1. 細胞遺傳學檢驗 2. 其他_____

檢體結果	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 正常變異型 _____
	<input type="checkbox"/> 3. 異常 核型：_____ <input type="checkbox"/> 4. 培養失敗

我已仔細審閱細胞染色體遺傳檢驗說明，並了解下列情形：

1. 染色體乃細胞經培養後於有絲分裂中期時出現，經過染色後在高倍率光學顯微鏡下觀察得到的結果。
2. 為確保檢驗品質及準確度，少數案例有可能因為細胞活性不好，或遇檢體不良(如棕褐色羊水、血紅色羊水)或培養過程中遭受污染，導致無法得到檢驗結果，可能導致報告延遲，甚至須重新採檢。
3. 染色體檢驗其分析方法的解析度約 5Mb，低於此解析度的染色體異常，如微小的片段異常，是無法在光學顯微鏡下檢查出來的。
4. 當發現染色體異常時，建議接受專門遺傳人員諮詢，以完整瞭解報告內容及意涵。此時亦有可能被要求抽取父、母親血液檢體進行比對。
5. 羊水染色體檢查，如果合乎衛生署所公佈之適應症，檢驗費用得以部分補助。
6. 檢驗完成後，我同意在去掉所有個人信息後，檢測結果可供研究參考並授權檢驗單位對本項檢測項目的檢體進行檢體保存、使用或棄置。
7. 接受衛生福利部補助者，個案資料及檢驗結果會呈報衛生主管機關。若為異常個案，將會有專人聯繫與關懷。

註：檢驗單位填妥檢驗及異常個案追蹤結果後，自存第一聯；並將補助個案之相關資料申報至健康局指定之網路申報及資料庫作業系統。相關資料由檢驗單位上網登錄後，依規定期限(每月 25 日截止)上傳至行政院衛生署國民健康局指定之網路申報及資料庫作業系統。經審核無誤後撥款，異常個案資料由審核端統一列印後，寄至個案通訊地址所在地之衛生局，轉轄區衛生所追管理。

第一聯(紅)聯：檢驗單位
第二聯(白)聯：檢驗單位
第三聯(綠)聯：送檢單位
第四聯(黃)聯：立同意書人