

國立台灣大學醫學院附設醫院

遺傳諮詢確認書

親愛的 醫師您好：

日前已於 年 月 日 接到您轉介之病患 _____，病例號碼為 (Birth date ____年__月__日)，指定進行 _____ 之基因檢查。由於 Huntington's disease 及 SCA 為一晚發性疾病，而且尚無有效的治療方式。未滿十八歲之未成年，雖未發病但可能帶因者，需聯同法定代理人一起接受完整的遺傳諮詢後，再依其自由意願決定是否接受本基因檢測。

祝 醫安

台大醫院 基因醫學部生化遺傳研究室 敬上

年 月 日

Fax: 02-23314518

回條

病患 _____，病例號碼 _____ (Birth date ____年__月__日)，已接受完整之遺傳諮詢，並同意進行基因檢測。

此致

轉介醫師 (_____ 醫院 _____ 醫師)

日期: 年 月 日

* 備註: 本實驗室接獲回函後才會進行基因檢驗