

國立台灣大學醫學院附設醫院【基因分子診斷實驗室】檢體代檢送件單

2024.04.02 更新

※ 必 填 ※	病患 基 本 資 料	病患姓名：	病歷號碼：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
		出生日期：西元 年 月 日	身分證字號：	
		聯絡電話：	手機：	
		戶籍地址：(請務必詳填含里、鄰之戶籍地址，以完成代檢程序)		

※主訴(症狀)： ※診斷： <input type="checkbox"/> 結節性硬化症 <input type="checkbox"/> 其他：_____	※檢驗項目： <input type="checkbox"/> 國健署補助-次世代定序結節硬化症基因檢驗 <input checked="" type="checkbox"/> 兒童健康基金會補助-癲癇(因應醫策會 LDTs 法規上路，本實驗室自 2024.02.09 起 不再接受 外院或台大分院體系以紙本填寫本送件單、寄送檢體、匯款繳費之方式送件。若有補助需求請個案至台大總院門診進行檢驗。)
--	---

※ 必 填 ※	送 檢 院 所 基 本 資 料	送檢單位：_____ (醫院機構名稱) / _____ (科部)
		送檢醫師：_____
		送檢醫師專科醫師證書編號：_____
		聯絡人姓名/職稱：_____
		聯絡電話：_____
		聯絡信箱(email)：_____
		送檢日期：_____ 年 月 日
		<因應衛福部要求，有送檢本單位國健署補助項目的醫療院所，請提供以上資料予本實驗室進行列冊>
紙本報告寄送地址(含郵遞區號)：_____		
收件單位：_____		
收件人：_____		

送件地址：

10041 台北市中正區中山南路 8 號 台大兒童醫療大樓 19 樓 19010 室 基因醫學部基因分子診斷實驗室收
 聯絡電話：(02) 2312-3456 分機 271910；服務時間：8:30~17:30

注意事項：

1. 請檢查檢體標示是否清楚，無法辨識者不予簽收，另行通知送檢單位補件。
2. 靜脈血液 2 管各 3 毫升或是 1 管 10 毫升 (含 EDTA 抗凝血劑) 並確實與抗凝劑混合均勻。若檢體發生凝血，則通知送檢單位補件。
3. 如果無法立刻送件，請將檢體存放於 4℃ 保存，最遲請於三天內送達檢體。
4. 送檢時請確認：檢體、送件單、說明暨同意書與轉帳單皆一併寄出。
5. 檢體請以冷藏寄送，切勿冷凍寄送。
6. ※必填欄位※若資料不齊，本單位將無法發報告

(13800-4-510903)