

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

※ 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)	

病患來源：門診 住院 (病床號) 急診

※ 必填欄位若資料不齊，本單位將無法發報告※

主訴 (症狀)：

※診斷：

- 結節性硬化症
- 家族性乳癌
- 家族性大腸癌
- 甲狀腺髓質癌
- 多發性內分泌腫瘤第二型
- 偽副甲狀腺功能低下症
- 兒童癲癇
- Other, 請註明_____

※檢驗項目：

- 次世代定序基因檢測 (請勾選下列檢驗項目)：
- 結節性硬化症 家族性乳癌 家族性大腸癌
 - 癲癇
- 傳統定序檢測
- Others, 請註明_____

送檢單位： _____ (醫院) / _____ (科部)

送檢醫師： _____ (住院醫師) / _____ (主治醫師)

聯絡電話： _____ / 聯絡傳真： _____

送檢日期： _____ 年 月 日

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 基因醫學部收

聯絡電話：(02) 23123456 分機 71910, 71917

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。