

檢體編號
------

## 成大醫院婦產部 分子遺傳檢驗單暨補助聯 (海洋性貧血基因檢驗-院外專用)

自費案  
 補助案

病歷號碼		姓名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日	年 月 日	身分證號碼	國籍
聯絡電話	家：( )	公：( )		手機：			
戶籍地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	縣 市	鄉鎮 區市	村 里	鄰 街	路 巷	段 弄 號 樓
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址	縣 市	鄉鎮 區市	村 里	鄰 街	路 巷	段 弄 號 樓
夫妻確診	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	配偶姓名	配偶國籍	配偶身分證號碼			
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：		年 月 日始；	月經週期：	天；	<input type="checkbox"/> 規則 <input type="checkbox"/> 不規則；	超音波懷孕週數： 週
家庭類別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 偏遠地區 <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：	

檢體類別	<input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 羊水 ( <input type="checkbox"/> 清澈 <input type="checkbox"/> 混濁 <input type="checkbox"/> 深褐色 <input type="checkbox"/> 血紅色，抽取量 _____ ml) <input type="checkbox"/> 臍帶血 <input type="checkbox"/> 流產組織 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明 _____)
適應症	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> (參閱適應症代碼表)
送檢單位	採檢時間 年 月 日 時 分
送檢醫師	送檢時間 年 月 日 時 分
	收件時間 年 月 日 時 分

檢驗項目	自付(元)	補助(元)	注意事項
<input type="checkbox"/> 5300002 海洋性貧血流產物或臍血之確診	0	2000	●採檢小支紫頭管 1 管或 1cm <sup>3</sup> 引產物 ●附上孕婦海洋性貧血產前診斷胎兒異常報告 ●報告完成天數 7 天
<input type="checkbox"/> 5300103 海洋性貧血產前檢驗羊水	0	5000	●採檢羊水 10-15ml ●附上夫妻海洋性貧血「同型」基因報告 ●報告完成天數 21 天

\*107 年 1 月更新

\*電話諮詢：分子遺傳室 06-2353535-3661/3651

\*第一聯(白)：檢驗單位 第二聯(黃)：受檢者留存  
第三聯(紅)：採檢單位

批價員：

以下由檢驗單位填寫	
海洋性貧血基因檢驗結果	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常【是否為 $\alpha+\beta$ thal <input type="checkbox"/> 否： <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 是： <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ， <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 其他，請註明： _____】 <input type="checkbox"/> 3. 培養失敗
異常個案追蹤結果	一、產前異常個案追蹤結果 <input type="checkbox"/> 1. 已做人工流產/引產；地點： _____；流產/引產物 <input type="checkbox"/> 已做過確認 <input type="checkbox"/> 未做過確認 <input type="checkbox"/> 2. 繼續懷孕 <input type="checkbox"/> 3. 其他： <input type="checkbox"/> 轉診；院所名稱： _____； <input type="checkbox"/> 其他(請敘明)： _____ 二、遺傳諮詢服務 <input type="checkbox"/> 1. 轉介至成大遺傳諮詢中心 <input type="checkbox"/> 2. 由原採檢醫師提供遺傳諮詢 <input type="checkbox"/> 3. 其他(請敘明)： _____