

致病基因鉴定基因解码申请单

注：a. 带 * 为必填项；b. 请在 □ 处打 " √ "

受检者信息

* 姓名 : _____ * 性别 : _____ * 年龄 : _____ 民族 : _____ * 电话 : _____ 电子邮箱 : _____

籍贯 : _____ * 地址 (若需邮寄报告请务必填写完整) : _____

验证者信息

* 姓名 : _____ * 性别 : _____ * 年龄 : _____ 民族 : _____ * 与受检者关系 : _____ 临床表征 : _____

* 姓名 : _____ * 性别 : _____ * 年龄 : _____ 民族 : _____ * 与受检者关系 : _____ 临床表征 : _____

送检单位信息

* 送检单位 : _____ 科室 : _____ 住院 (门诊) 号 : _____

* 送检者 / 医师 : _____ * 送检者 / 医师电话 : _____

临床信息

* 疾病类型	<input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 肌营养不良 <input type="checkbox"/> 亨廷顿氏舞蹈症 <input type="checkbox"/> 脊髓小脑萎缩 <input type="checkbox"/> 神经纤维瘤 <input type="checkbox"/> 癫痫 <input type="checkbox"/> 唇腭裂 <input type="checkbox"/> 肝豆状核变性 <input type="checkbox"/> 色素失禁症 <input type="checkbox"/> 马凡氏综合征 <input type="checkbox"/> 视网膜色素变性 <input type="checkbox"/> 鱼鳞病 <input type="checkbox"/> 自闭症 <input type="checkbox"/> 白化病 <input type="checkbox"/> 其它 : _____		
* 临床诊断	* 确诊年龄 : _____	* 诊断结果 : _____	
* 主诉			* 现病史
* 曾有基因检测	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 : 检测时间 : _____ 检测基因 : _____ 检测方法与结果 : _____		
* 家族史	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有 : 与受检者关系 : _____ 所患疾病及确诊年龄 : _____ (直系、三代以内家属)		
* 既往治疗史	<input type="checkbox"/> 无手术 <input type="checkbox"/> 一次手术 <input type="checkbox"/> 二次手术 <input type="checkbox"/> 多次手术 <input type="checkbox"/> 其它 : _____ 最近手术时间 : _____ (可附加手术及相关治疗资料) <input type="checkbox"/> 药物治疗 用药起止时间 : _____ 用药方案 : _____ 治疗反应 : _____ <input type="checkbox"/> 未用药 其它说明 : _____		

样本信息

* 样本类型及数量 : 外周血 : _____ 毫升 _____ 管 口腔黏膜 : _____ 根 唾液 : _____ 毫升 _____ 管
 其它 : _____

* 样本采集日期 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

* 检测项目

请填写项目名称 : _____

* 信息确认 (知情同意书见第二页)

受检者 (申请检测者) 陈述: 上述信息对检测结果有重要意义。我已如实填写，并对上述信息准确性负责。
我已充分了解该检测的性质、合理的预期目的、必要性、风险和局限性。我已阅读第二页的《致病基因鉴定基因解码知情同意书》的内容并充分了解相关信息，我关注的问题已得到详尽回复，因此我完全自愿慎重签署本申请单及同意进行本次致病基因鉴定基因解码，并承担因检测带来的相关风险。

受检者 (申请检测者) 签名 : _____ 日期 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

(当受检者知情同意能力欠缺或不足时，增加或替换以下方式)

法定监护人签名 : _____ 与受检者关系 : _____ 日期 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

佳学基因工作人员填写

样本接收日期 : _____ 年 _____ 月 _____ 日 样本外观判断 : 合格 不合格 接收人 : _____

备注 (针对不符合接收标准样本进行描述等) : _____

致病基因鉴定基因解码知情同意书

项目简介

致病基因鉴定是佳学基因提供的为发现和分析疾病发生的原因、为个性化诊断和治疗、家庭基因质量的优化和优生优育而提供的高科技基因信息分析和解读服务。很多时候患者虽然表现出来的是同一种疾病，但是造成疾病的原因却有成千上万种。常规检查只是从疾病的表现得出所患的是何种病，却不能准确的找出罹患疾病的真正原因，这就造成有些疾病明明很简单却很难医治。

佳学基因致病基因鉴定基因解码技术是充分利用世界各国对受检者所罹患疾病的研究成果的最新分析检测技术。由于检测是针对疾病发生的根源进行的，检测结果可准确揭示疾病的发生原因，可以根据发生原因设计个性化药物。对各种基因病、遗传病、罕见病的精确诊断、个性化治疗、预后控制具有关键的意义。

检测局限性及潜在风险

- ◆ 本检测是针对受检者样本中与疾病相关的指定基因的 DNA 水平的变异，不涉及 RNA 水平和蛋白质水平。
- ◆ 本检测项目只针对已知的与疾病相关的基因，一些尚未明确的基因不在检测分析范围内。
- ◆ 在数据分析时，为保证数据分析的精确性，目标区域内少部分测序质量过低的变异将被滤掉。
- ◆ 基因核苷酸变异的解释是基于目前对该基因的了解，随着研究的深入，这些解释也可能会发生改变。对于某些目前未知临床意义的变异或与其它疾病有关的变异未列在报告中。
- ◆ 鉴于当前科学研究、检测技术水平的限制和受检者个体差异等不同原因，即使检测分析人员已经履行了工作职责和操作程序，也并非所有受检者进行本次检测都可以找到致病基因。
- ◆ 受限于技术瓶颈，无法完全排除假阳性的可能性，对于怀疑有临床意义的变异，建议进一步开展验证工作。
- ◆ 检测结果是通过对相应检测项目包含的基因（位点）进行分析而得出的。不同的项目、检测机构所采用的技术方法及所检测的基因的种类、数量、覆盖范围等重要指标方面会有不同的选择，因而产生结果的差异，佳学基因只能对源于佳学基因的检测结果负责，而无法保证不同检测方的检测结果是一致的。
- ◆ 由于不同人群的敏感性不同，拭子等采集物品可能会引起过敏反应，不当操作可能会造成危险状况发生。受检者已知晓该风险，并愿承担与此相关的责任。
- ◆ 由于不可抗拒因素（如采血管破裂、实验试剂异常、自然灾害等）所致的样本损耗，受检者需配合检测机构再次取样。受检者配合重新取样检测的，检测方不重复收取费用；受检者不配合重新取样的，检测方不予退费。
- ◆ 本检测技术及相关仪器并非常规临床检测项目，目前主要用于辅助临床诊断或科研等相关目的。本检测结果仅供临床参考，不代表临床诊断意见，需临床医师结合各方面情况综合判断。
- ◆ 在检测过程中及知晓检测结果后，因自身心理或生理因素可能引起受检者出现不同程度的精神压力和负担，由此产生的次生危害本检测机构不承担任何责任。

受检者知情同意

- ◆ 我已充分了解该检测的性质、预期目的、风险、必要性、适用范围、不适用范围及其它技术局限和潜在风险。
- ◆ 我知晓该检测的准确率并非百分之百。
- ◆ 我知晓该检测结果仅作为临床诊断参考，不作为最终诊断结果，需根据其它检查结果综合分析。
- ◆ 我知晓送检样本在实验室开始检测后，不得撤检，检测方不予退费。
- ◆ 我承诺提供的资料真实、准确、完整，样本取自受检者本人，并自愿参与本次基因检测。
- ◆ 我授权检测机构对检测涉及的标本进行处理，包括组织、血液和医疗废弃物等。
- ◆ 我授权检测机构可将基于本人所获取的实验数据用于诊断技术改进、科学研究，并允许检测机构通过该实验数据获得相关的知识产权。
- ◆ 我已知晓检测机构将充分保护本人的隐私权，若因本人不当使用该检测结果，由此带来的心理、生理负担，检测机构不承担责任。
- ◆ 我已知晓佳学基因对分析结果保留最终解释权，如有疑义，需在收到报告后的7个工作日内联系，逾期不予受理。