



检测项目申请单

条码或编号

采血日期： 年 月 日

* 送检医院：	科别：	* 送检医师：	医师电话：	
* 受检者姓名：	* 年龄：	* 性别：	* 信箱：	* 电话：
* 民族：	健康问题：	* （初步）诊断：		
* 样本类型： ☐ 1.紫色盖外周血 ☐ 2.干血片 ☐ 3.口腔咽拭子 ☐ 4.宫颈脱落细胞				
* 项目名称：				
☐ 1. 叶酸代谢基因检测 ☐ 2. 维生素D/钙代谢基因检测 ☐ 3. 维生素K代谢				
☐ 4. 妊娠糖尿病风险 ☐ 5. 妊娠高血压风险 ☐ 6. 耳聋基因检测				
☐ 7. 生育障碍 ☐ 8. 流产或胎停 ☐ 9.其他_____				
知情同意书 1. 本项目为医生诊治疾病提供遗传方面的参考依据，最终是否发病还与饮食、行为、生活方式等因素有关。 2. 本人承诺以上个人资料属实，样本取自本人，并自愿委托院方、检测机构进行检测。 3. 本人的检测信息属个人隐私，未经本人许可，不向除院方及检测机构以外的第三方泄露。 4. 如因样本质量和样本前期处理问题导致无法获取检测结果，本人愿意承担风险，并承诺不向院方检测机构追究赔偿责任。 5. 本人已充分了解该检测项目的性质、合理预期目的和必要性。同意接受该检测项目，并依据要求进行样本采集和DNA检测。 6. 由于个体差异原因，仍有1%的受检者需要重新采样。如需重新采样，我们会和您联系。				

受检者签字： 日期： 年 月 日

样本接收人： 日期： 年 月 日