



(请在此处粘贴患者身份标签)

URN : _____

姓氏 : _____

名字 : _____

地址 : _____

出生日期 : _____ 性别 : ☐ 男 ☐ 女 ☐ 其他

检测详情

基因检测：

☐ 单基因 ☐ 单个变异 ☐ 多个变异

☐ 其他 (请注明) :

检测目的

☐ 诊断性检测 ☐ 预测性检测 ☐ 携带者筛查 验
☐ 证性检测 ☐ 分离检测 ☐ 产前检测
☐ 其他（请注明）：_____

基因组检测：

☐ 基因组 ☐ 外显子组 ☐ 基因组

☐ 其他（请注明）：

检测目的

☐ 诊断性检测
 ☐ 携带者筛查

☐ 产前检测

☐ 其他（请注明）：.....

临床指征或待检测病症：

.....

进行基因/基因组检测是我的选择。我理解：

1. 该检测无法检测到所有的基因变化，也无法预测所有可能的健康状况。
2. 检测可能会发现与检测原因无关的遗传变异（“附带发现”）（仅限基因组检测）。
3. 检测可能会发现意义未明的遗传变异。
4. 可能需要更多检测或分析才能理解结果。这可能包括对 血缘亲属进行检测。
5. 未来可能会运用新知识或检测 方法对样本或结果进行重新检测。
6. 结果可能会对血缘亲属的健康具有提示意义。
7. 结果可能发现意外的家庭 关系。
8. 结果可能会影响购买某些类型保险的能力。
9. 样本将被储存，并可能与其他实验室共享，以协助进行基因组检测。
10. 检测结果和相关的健康信息可能会共享给用于患者诊疗的基因组和医学数据库。所有识别信息都将被移除。
11. 检测结果是保密的，仅在获得本人同意或法律要求或允许的情况下，才会共享。
12. 即使在样本采集之后，我仍可以改变主意，选择不接受检测或不接收结果。但如果检测已经开始，报告将保留在医疗记录中。

如果无法联系到我，包括在我去世的情况下，可将检测结果告知以下人员：

姓名：..... 电话号码：.....

信息共享

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 我同意将检测结果及相关信息共享给医疗专业人员，以协助血缘亲属进行基因检测。我理解，在可能的情况下，身份信息将不会披露给该亲属，且未经我事先书面同意的情况下也不会披露。 | ☐ 是 ☐ 否 |
| <ul style="list-style-type: none"> 我同意共享样本、基因/基因组检测数据和相关信息，用于经伦理批准的相同或相关病症的研究。我明白身份识别信息将被移除，通常会被替换为唯一代码，以便在某些情况下能将信息返还给我。我明白，如果我不再希望参与研究，可以联系我的医疗专业人员讨论退出事宜。 | ☐ 是 ☐ 否 |
| <ul style="list-style-type: none"> 我知晓并理解，昆士兰州卫生局无权管辖或控制我的检验报告是否会上传到“我的健康记录”（MyHR）。 | ☐ 是的，我明白 |

 Queensland Government 临床基因/基因组检测同意书	(请在此处粘贴患者身份标签) URN : 姓氏 : 名字 : 地址 : 出生日期 : 性别 : ☐ 男 ☐ 女 ☐ 其他
同意书	
患者/代理人 : - 我同意接受基因/基因组检测。 - 我理解检测的原因以及潜在益处、后果和局限。 - 我已收到一份《患者说明书: 基因和基因组检测》(1.0版本), 其中提供了有关检测的信息。 - 我已能够与医疗专业人员讨论相关信息, 提出问题, 并获得解决。 - 我对相关问题的解释和所提问题的答复感到满意。 患者姓名 : 患者签名 : 日期 : 电子邮件地址 : 基因档案编号 (如适用) : 或代表他人签署同意书 : 代理人姓名 : 代理签名 : 日期 : 与患者的关系 : 电子邮件: 电话号码:	
医疗专业人员 : 本人, (医疗专业人员姓名) (职称) (签名) / / (日期) 已就检测的原因、性质、可能结果、局限和重大风险提供了信息。 患者/代理人在填写本表格前, 能够提出问题并考虑答复。	
其他声明	
口译员/联络专员 ☐ 不适用 本人, (口译员/联络专员姓名) (签名) (日期) 已对本表格的内容以及医疗专业人员向患者提供的所有信息进行口译。	
父母参与双人/三人基因组分析的同意书 ☐ 不适用 为协助解释我/我们孩子(即上述患者)的基因组结果, 我/我们同意进行基因组检测。我/我们了解检测的原因以及潜在益处、后果和局限。 具体而言, 我/我们理解上述基因组检测细节适用于我/我们的样本、结果和相关信息。我/我们已能够与医疗专业人员讨论相关信息, 提出问题, 并获得解答。我/我们对相关解释和所提问题的答复感到满意。 我/我们同意共享我的样本、基因组数据和相关健康信息, 用于经伦理批准的、针对我/我们孩子病症的研究。我/我们明白, 身份识别信息将被移除, 并可能替换为唯一代码, 以便在适当的情况下能将信息返还给我/我们。 生物学母亲 ☐ 同意 ☐ 不同意 姓名 : 出生日期 : 签名 : 日期 : 生物学父亲: ☐ 同意 ☐ 不同意 姓名 : 出生日期 : 签名 : 日期 :	

请勿在此装订书写