

优替™肿瘤个体化治疗基因检测送检单

受检者信息							
*样本编号		*姓 名		*性 别		*年 龄	
民 族		籍 贯		*联系电话			
身份证号			通讯地址				
个人病史			治 疗 史				
家族病史			亲属关系			确诊年龄	
临床信息							
*送检单位			送检科室				
送检医师			联系电话				
*临床诊断							
症状描述							
*临床分期			*淋巴结转移		确诊年龄		
治疗信息							
现用药物							
治疗反应							
样本信息							
*来源器官							
*样本类型							
*采样时间							
备 注							
检测项目							
知情同意书							
<p>1. 本检测旨在为肿瘤患者提供个性化临床用药指导参考建议，具体治疗方案需由临床医生根据基因检测结果、患者自身情况、患者及家属意愿等综合考虑进行选择；</p> <p>2. 鉴于现阶段医学检测水平和受检者个体差异等原因，即使在检测人员已经履行了工作职责和操作规范的前提下，仍有可能出现假阳性或假阴性；</p> <p>3. 由于不可抗拒因素（如采血管破裂、实验试剂异常等）所致的样品损耗，受检者需配合优迅再次取样。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；</p> <p>4. 受检者提供的个人信息需真实有效，如因信息不实导致的检测中断、检测结果不准确等，后果由受检者本人承担；</p> <p>5. 优迅仅对该检测样本的准确性负责，检测结果仅供临床参考，不代表临床诊断意见，如有疑问，谨遵医嘱；</p> <p>6. 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检测机构不承担任何责任。</p> <p>7. 受检者个人信息及检测结果将得到严格保密，未经本人同意不会泄露给第三方，在排除能够识别受检者身份信息后，检测数据将会被用于进一步的临床科学研究。</p>							
受检者声明							
<p>本人已知晓该检测技术的先进性，已充分了解该检查的性质、预期目的、风险性和必要性。对其中的疑问已得到医生的解答。经本人及家属慎重考虑愿意进行该项检测。为确认上述内容为双方意思的真实表达，医方已履行了告知义务，受检者已享有充分知情和选择的权利，签字生效。</p>							
受检者签名：		监护人签名：		与患者关系：		日期： 年 月 日	
送检医生签名：				日期： 年 月 日			