

# 遗传性耳聋基因检测送检单

样本编号：\_\_\_\_\_

条形码粘贴处

**\*信息确认**（注：a. 带\*为必填项；b. 请在□处打"√"。）

*送检单位信息		*送检单位：_____ 送检科室：_____ 送检医师：_____					
*受检者信息	基本信息	受检者姓名		受检者年龄（天/岁）		性别	□男 □女
		受检者姓名拼音（大写）		监护人姓名			
	*受检者为新生儿	新生儿听力筛查：□未做 □已做   筛查结果： 1. 耳声发射（TEOAE, DPOAE） 左耳：□通过 □未通过 右耳：□通过 □未通过 2. 脑干诱发电位（ABR） 左耳：□通过 □未通过 右耳：□通过 □未通过 孕期用药史：□无 □有_____					
		*受检者为儿童或成人	器官移植：□是 □否 异体输血：□是 □否 干细胞移植：□是 □否 遗传病家史：_____ 症状描述：_____				
*样本信息		*样本类型：		□干血斑 □外周血 □其他			
				采样日期：_____年____月____日			

## 遗传性耳聋基因检测知情同意书

### 一、遗传性耳聋基因检测项目简介

遗传性耳聋基因检测是指运用高通量测序技术和生物信息学分析方法检测受检者是否存在耳聋基因突变检测的手段，检测内容包括 *GJB2*, *SLC26A4*, *GJB3*, *MYO15A*, *TECTA*, *DIABLO*, *COCH*, *DSPP*, *GPR98*, *DFNA5*, *TMC1*, *MT-CO1*, *MT-RNR1*, *MT-TH*, *MT-TS1*, *MT-TL1*, *PRPS1*, *MYO7A* 等 18 个基因，共计 100 个位点，对其检测准确率>99.5%。

### 二、检测技术局限性及潜在风险

- 样本类型：本检测适用于干血斑，外周血及基因组 DNA 检测，不用于其他类型的样本检测。
- 检测周期：本检测的检测周期为 5 个工作日，如标本不合格，受检者需再次取样，检测周期从重新取样之日起顺延 5 个工作日，重新取样及后续检测费用不另收费，若受检者/监护人拒绝重新取样提出终止检测亦不退还检测费。
- 检测范围：遗传性耳聋涉及基因及突变位点众多，本检测项目只包括其中 18 个基因 100 个位点，其他基因或其他位点突变造成的遗传性耳聋不在检测范围内。
- 特殊情况：鉴于目前医学检测技术水平的限制及个体差异等不同原因，即使在实验人员已严格按照操作规程的前提下，仍有可能出现假阳性或假阴性结果。
- 结果建议：本检测结果仅供临床参考，受检者/监护人在收到检测报告后务必咨询医生。如检测结果含有致病性耳聋突变项，建议进行进一步的遗传咨询；如检测结果未发现耳聋致病突变，也不能排除由于该检测技术的局限性或其他无法预知的原因造成的假阴性结果,考虑到检测的复杂性和可能产生的影响，在检测过程中及知晓检测结果后，受检者可能会出现不同程度的精神压力和负担，本检测机构不承担任何责任。
- 隐私保护：检测单位对检测结果保密并依法保护用户的隐私，但因受检者个人原因出现的信息外泄，检测单位不承担相应责任。

### 三、受检者知情声明和承诺

- 我已阅读并充分了解以上信息，已充分理解本检测的性质、预期目的、风险和可能性。
- 我了解本检测的技术局限性，我并未得到该项检测技术百分之百准确的许诺，并且检测结果仅对本次送检样本有效。检测结果仅供临床参考，不代表临床诊断意见。
- 我已获得保证，个人信息将得到隐私保护；并同意在去掉所有个人信息后，检测数据可供医学研究参考，授权检测机构对检测涉及的样本进行处理、存储和用于非盈利性的科学研究。
- 我自愿参与本次检测，并承诺提供的个人资料真实可靠。我承诺本人所提供的资料的真实、准确、完整并自愿承担因检测带来的相关风险。
- 我自愿参与本次检测，对检测结果以及相应后续处理（若有），我将咨询临床医生结合各方面情况综合判断。

**受检者陈述：**我已认真阅读送检单反面知情同意书中的相关内容，自愿接受以上基因检测服务；上述信息对检测结果具有重要意义，我已如实填写并对上述信息的准确性负责。

\*受检者/监护人签名：\_\_\_\_\_ 与受检者关系：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

**医师陈述：**我保证已向受检人和/或他们的法定监护人说明该检测的性质、预期目的、风险及局限性，我已解答受检人的相关提问，我已得到受检人和/或他们的法定监护人的同意来开展该检测服务。

\*送检医师签名：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

第一联 检验实验室联（白）

第二联 医院联（红）

第三联 受检者联（黄）