

佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院

基因檢測同意書(ACTHRD帕癌檢癌症基因檢測)

此同意書有關您即將接受的癌症基因檢測，以書面說明讓您瞭解檢測之目的、實施步驟、效益及風險，請仔細閱讀。經醫師說明後，如果您對這項檢測仍有任何疑問，請在簽名前再與醫師充分討論。本同意書必須全部由您、您的家長/監護人或法律授權代理人填寫並簽名。

檢測項目名稱：ACTHRD帕癌檢癌症基因檢測

檢測技術及適應症：此癌症基因檢測使用次世代定序技術，適用乳癌、卵巢癌、前列腺癌、胰臟癌等找尋BRCA1/2基因異常及PARP抑制劑用藥資訊之患者。

檢測目的及必要性：

1. 目的：檢測BRCA1/2異常基因、LOH及HRD狀態評估PARP抑制劑治療方式。
2. 必要性：此癌症基因檢測可能幫助醫師判定可用以治療癌症的臨床治療，或您可能能夠參與的臨床試驗。在您和您的醫師討論並同意接受檢測後，即可根據檢測報告內容及其他資訊（例如：您的醫療病史、其他檢測），決定您接下來適合的治療方案。

檢測步驟：（簡述）

1. 在取得您的同意後，院方會將您的石蠟包埋切片檢體送至行動基因生技股份有限公司（行動基因臨床分子醫學實驗室，位於台灣台北市內湖區新湖二路345號3樓），使用該公司的ACTHRD帕癌檢癌症基因檢測進行癌症篩檢、診斷、治療及預後之基因檢測。
2. 檢體送達行動基因臨床分子醫學實驗室後，依其實驗室檢測標準作業程序進行品管評估與編號收件，檢體需符合允收標準方可進行檢測。
3. 依據檢測突變資訊及整合國內外大型資料庫，從目前FDA已核准之標靶藥物以及臨床試驗資訊，再經相關訓練之醫事檢驗師或專科醫師審閱後，核發個人化精準醫療之基因檢測報告。
4. 行動基因臨床分子醫學實驗室將會寄一份詳細的報告給您的醫師，包含您腫瘤的基因變化以及潛在的治療選擇及臨床試驗等資訊，此分析結果將列入您的病歷中。
5. 行動基因臨床分子醫學實驗室應於檢測完成後將任何未使用的檢體組織歸還本院病理科，組織玻片檢體則保存於行動基因臨床分子醫學實驗室半年，以供後續稽核追蹤之用；保存期滿之剩餘檢體，將由行動基因臨床分子醫學實驗室人員去除身分識別後（刪除被檢測身份相關的資料）進行銷毀。
6. 行動基因臨床分子醫學實驗室將依照本院規定，協助您進行檢體及相關病理資料申請。（例：病理報告），在申請及運送檢體至行動基因臨床分子醫學實驗室時，可能會觸及您的個人資訊。

檢測極限：

1. 次世代定序檢測及核酸檢測等技術仍有其限制，該檢測準確率並非百分之百。
2. 此檢測不包含可能影響基因表達的非編碼區域（non-coding regions）的變異，報告內容也不包括多型性（polymorphism），無法排除未分析或覆蓋不完整的基因中存在病理性變異的可能性。檢測結果僅代表了所有可分析區域的發現，它可能可以或可能無法反映這個個體的生殖細胞。

病歷號：, 申請單號：, 就醫序號：, 頁碼:1

列印日期：

列印人員代號：

列印地點：

此報表含有個人資料，依據個人資料保護法，請落實資訊內容之保密管理責任。

胞狀態。此外，檢測報告列出的變異可能不在所有腫瘤細胞中存在。

3. BRCA1 和 BRCA2 的末端外顯子 (terminal exons) 可能存在罕見的大片段基因重組 (uncommon LGRs)，此檢測可能無法檢測到這些缺失。次世代定序檢測及核酸檢測等技術仍有其限制，該檢測準確率並非百分之百。

潛在風險：

1. 與基因相關的知識不斷在更新。我們可能尚不了解所觀察到特定變異的重要性，或是否可針對這些變異進行處置。因此，有關結果的意義以及基於結果應提供之治療策略，將由醫師判斷與決定。次世代定序技術可能無法辨識出您所患癌症相關的所有突變，也有極些微的可能性會發生錯誤。您可能得知與您自身相關且在您預料之外的醫療資訊，包括得知額外的診斷或您病況的變化，這些可能會使您感到沮喪或對您造成壓力。
2. 若有檢體錯誤或損壞等檢體運送之異常事件發生時，本院及行動基因生技股份有限公司將會負責檢體改正；若於檢測流程中遇不良事件，例如檢測報告結果錯誤、使用超出適應症許可範圍等，行動基因生技股份有限公司將依據法規進行自主通報，並啟動召回程序。

替代方案：

第一代定序技術如桑格定序法 (Sanger sequencing)、接合酶定序法 (sequencing by ligation)

、雜交定序法 (sequencing by hybridization) 等，亦可針對單項基因個別偵測是否產生突變。但第一代定序技術之檢測方法耗時且產出數據遠低於次世代定序技術。

收費金額：

1. 本檢測屬於健保部分給付項目，健保碼 30302B，健保給付點數 20,000 點，剩餘部分自費負擔。
2. 不符健保給付範圍者，自費金額為新台幣 60,000 元。

醫師之聲明：

1. 我已經盡量以病人所能瞭解之方式，解釋這項檢查（治療）之相關資訊，特別是下列事項：
 - ☐ 需進行此項檢查（治療）之原因、方式及步驟。
 - ☐ 此檢查（治療）可能之併發症及治療方式。
 - ☐ 若不進行此項檢查（治療），可能之其他檢查（治療）方式及後果。
2. 我已盡量以病人可了解的方式充分說明，並讓病人詢問有關本次檢查（處置、治療）之相關問題，並給予答覆：

(1) _____

(2) _____

負責醫師簽名：_____ 日期：西元____年____月____日____時____分

病歷號：____, 申請單號：____, 就醫序號：____, 頁碼: 2

列印日期：

列印人員代號：

列印地點：

此報表含有個人資料，依據個人資料保護法，請落實資訊內容之保密管理責任。

病人_____，出生於西元_____日，經醫療人員說明後，

同意執行ACTHRD帕癌檢癌症基因檢測，願意自費負擔本檢測費用_____元。

立同意書人已經與醫師討論過接受這個檢驗的效益、風險及替代方案，對醫師的說明都已充分了解且願意自費負擔檢驗費用。

立同意書人姓名：_____（簽章）

身分證字號/居留證或護照號碼：_____

與病人之關係（請圈選）：本人、配偶、父、母、兒、女、其他：_____

住址：

電話：

日期：西元_____年_____月_____日 時間：_____時_____分

E7C120Z418-G1第一聯：醫院留存 第二聯：病人留存 第 4 頁 經西元2024年11月13日病歷管理委員會決議通過
版本：ACTHRD帕癌檢癌症基因檢測 v1 版本日期：113年05月20日

病歷號：_____,申請單號：_____,就醫序號：_____,頁碼: 3

列印日期：

列印人員代號：

列印地點：

此報表含有個人資料，依據個人資料保護法，請落實資訊內容之保密管理責任。