

佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院

基因檢測同意書

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，請在簽名前再與他們充分討論。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：ACTFusion 癌融克癌症基因檢測

檢測技術及適應症：此癌症基因檢測使用次世代定序技術，適用在治療前根據融合基因檢測結果選擇合適用藥的患者。

檢測目的及必要性：

1. 目的：檢測 13 個融合（包含 ALK, BRAF, EGFR, FGFR1, FGFR2, FGFR3, NRG1, NTRK1, NTRK2, NTRK3, RET, ROS1, MET 等 13 個基因）和超過 350 個已知與未知融合基因組合，評估融合基因標靶藥物。
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 ACTFusion 癌融克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

佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院

基因檢測同意書

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. 本測試未涵蓋的基因融合不會被報告，因此對於本次檢測中檢測到的新型融合，如果有殘留標本，建議進行桑格定序確認。

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。
3. 檢測無法如預期運作或無法正確解釋檢測結果可能會導致檢測結果不正確，進而導致患者癌症治療中不適當的治療管理決策。假陽性結果的患者可能會接受沒有臨床益處的治療，並且可能會出現與藥物治療相關的不良反應。假陰性結果的患者可能不考慮接受指定療法的治療。

替代方案：

其他合格之檢測機構所提供的癌症基因檢測，如：OncomineTMDx 等。

其它方式的基因檢測或染色體檢測，如：Sanger 定序、PCR（聚合酶連鎖反應）和 aCGH（晶片式全基因體分析）等（但這些方法可能較耗時，敏感度較低或是價格較昂貴），及其它臨床或非基因檢測。

收費金額：

版本：ACTFusion 癌融合克癌症基因檢測 v2

版本日期：114 年 03 月 05 日

E7C120Z475-G1

佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院

基因檢測同意書

- 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 34,000 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：年月日

時間：時分

此檢測說明書範本僅供參考

佛教慈濟醫療財團法人台中慈濟醫院

基因檢測同意書

病人_____，出生於西元_____年_____月_____日，經醫療人員說明後，同意執行融合型癌症基因檢測 ACTFusion，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

此檢測說明書範本僅供參考