



財團法人罕見疾病基金會

罕見疾病遺傳檢驗補助同意書【財團法人彰化基督教醫院】

您好，本會為加強對罕見疾病病友及家屬的照顧，並使得疾病可早期發現早期治療與預防，特針對罕見遺傳疾病基因診斷及酵素檢驗費用給予部分補助，補助期間由 101 年 3 月 1 日起至 101 年 12 月 31 日止。

一、補助對象：疑似罕見疾病病患之確認診斷。

二、檢驗費用：符合補助適用對象者，罕見疾病基金會將補助 80% 檢驗費用，並將費用直接撥付給檢驗機構或醫療院所，其餘 20% 檢驗費用由病友自付，敬請參考下列繳款方式說明。

三、申請資料：(請您填寫以下申請資料，填妥後請交由醫院工作人員)

個案簽名或法定代理人簽名：_____ 受檢日期：_____年_____月_____日

四、檢驗之疾病與項目(請醫師或遺傳諮詢員勾選):

項次	檢驗之疾病名稱	檢驗項目	報告回覆時間(週)	檢驗費用九折優惠(金額/人)	罕病基金會補助費用(金額/人)	病患自費檢驗費用(金額/人)
1	囊狀纖維化 (Cystic Fibrosis ; CF)	<input type="checkbox"/> CFTR 基因突變分析	4	13,500	10,800	2,700
2	柯凱因氏症候群 (Cockayne syndrome type A)	<input type="checkbox"/> ERCC8(CSA) 基因突變分析	4	8,550	6,840	1,710
3	柯凱因氏症候群 (Cockayne syndrome type B)	<input type="checkbox"/> ERCC6(CSB) 基因突變分析	4	12,150	9,720	2,430
4	色素失調症 (Incontinentia Pigment)	<input type="checkbox"/> NEMO 基因突變分析	4	8,100	6,480	1,620
5	尼曼匹克症 C 型 (Niemann-Pick type C disease)	<input type="checkbox"/> NPC1 基因突變分析	4	13,500	10,800	2,700
6	Miller Dieker 症候群 (Miller Dieker syndrome)	<input type="checkbox"/> LIS1 基因 deletion 分析	2	2,700	2,160	540
7	Miller Dieker 症候群 (Miller Dieker syndrome)	<input type="checkbox"/> LIS1 基因突變點位分析	4	5,400	4,320	1,080
8	威爾森氏症 (Wilson's disease)	<input type="checkbox"/> ATP7B 基因突變分析	4	10,800	8,640	2,160
9	神經纖維瘤症第二型 (Neurofibromatosis type 2)	<input type="checkbox"/> NF2 基因突變分析	4	8,100	6,480	1,620

五、聯絡窗口：

- 財團法人彰基督教醫院遺傳諮詢中心，聯絡電話 04-7238595 分機 7244 遺傳諮詢員：李小姐；
檢體寄送地址：500 彰化市中華路 176 號三樓，彰基基因醫學部收。聯絡電話 04-7238595 ext 2331。
- 財團法人罕見疾病基金會：聯絡電話 02-25210717 分機 154 醫療服務組遺傳諮詢員陳乃琦。
- 跨院寄送時，請將罕見疾病基金會 ①補助同意書正本 ②罕見遺傳檢驗個案送檢記錄單 ③檢體 寄送至彰基基因醫學部，彰基將持同意書正本向本會請款。

六、繳款方式：

- 郵政劃撥：請至郵局劃撥 戶名:財團法人彰化基督教醫院 帳號：00131080 請於備註欄註明【患者姓名】及【遺傳代檢費】。請傳真郵政劃撥單至 04-7249847。
- ATM 轉帳：請將款項轉入銀行代號：822 中國信託商業銀行 帳號：078-5300-38927，轉入後將『ATM 存根』放大並傳真至 04-7249847，以利核帳。

請擇一方式繳款，請勿將現金連同檢體寄送，本單位無法負責遺失之責，建議請採郵政劃撥繳款。



罕病遺傳檢驗個案送檢記錄單

送檢單位資料 (以下欄位資料攸關報告寄送及收據開立，請確實填寫，謝謝)

醫院名稱	科別	送檢醫師
連絡窗口(部門/姓名)	電話/分機 ()	報告傳真號碼 ()
醫院地址(報告郵寄地址)	收據抬頭開立	
郵遞區號 ()	<input type="checkbox"/> FO 患者姓名, 金額 _____ <input type="checkbox"/> FN 財團法人罕見疾病基金會, 金額 _____	

個案基本資料 (以下欄位資料均載入報告系統，請確實逐欄填寫，謝謝)

姓名	病歷號碼	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不明	抽取時間 民國 _____ 年 月 日 時 分
身份證號碼	出生日期 民國 _____ 年 月 日	檢體類別	送檢時間 民國 _____ 年 月 日 時 分

病歷摘要

病歷摘要 (由送檢單位負責填寫完整)

家族史

家族史 (由送檢單位負責填寫完整)