

優生健康檢查個案紀錄聯 MT :

 自費案
 補助案

個案資料由個案或採檢院所填寫

檢體資料由採檢院所填寫

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|---|----|------------------|---|---|---|------|-------|----------------|----|---|---|---|
| 個案資料 | 姓名 | 年齡 | | | 西元 | 年 | 月 | 日生 | 足歲 | 個案國籍別 | | | | | |
| | 電話 | 家：() | | | | | | | | | 身分證號碼 /統一證號 | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | |
| | | 公：() | | | | | | | | | | | | | |
| | | 手機： | | | | | | | | | | | | | |
| | 戶籍地址 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 縣 | 鄉鎮 | 村 | 鄰 | 路 | 段 | 巷 | 弄 | 號 | 樓 | | | |
| 通訊地址 | <input type="checkbox"/> 同戶籍地址 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 縣 | 鄉鎮 | 村 | 鄰 | 路 | 段 | 巷 | 弄 | 號 | 樓 | | | |
| 夫妻確診 | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 配偶姓名/國籍 | | | 配偶身分證號碼 /統一證號 | | | | | | | | | | |
| 檢體資料 | 採檢院所名稱 | 採檢醫師 | | | 抽取量 | | | ml | 病歷號碼 | | | | | | |
| | 檢體類別 | <input type="checkbox"/> 1.血液 <input type="checkbox"/> 2.尿液 <input type="checkbox"/> 3.流產組織 <input type="checkbox"/> 4.臍帶血 <input type="checkbox"/> 5.羊水 <input type="checkbox"/> 6.其他 (請註明_____) | | | | | | 檢體抽取時間 | 西元 | | 年 | 月 | 日 | 時 | 分 |
| | 適應症 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (請參閱適應症代碼表) 其他(請註明_____) | | | | | | 檢體送檢時間 | 西元 | | 年 | 月 | 日 | 時 | 分 |
| 檢查項目 | | | | | | | | 細胞遺傳學檢驗結果 | | | | | | | |
| 一、遺傳性疾病 <input type="checkbox"/> 1. 細胞酵素檢查 <input type="checkbox"/> G-6-P-D 缺乏症確診 <input type="checkbox"/> 其他 (請註明_____) <input type="checkbox"/> 2. 細胞遺傳學檢驗 <input type="checkbox"/> 3. 遺傳性疾病基因檢查 <input type="checkbox"/> 3-1. 海洋型貧血確診 <input type="checkbox"/> 3-2. 脊髓性肌肉萎縮症 <input type="checkbox"/> 3-3. 脊髓小腦性共濟性失調 <input type="checkbox"/> 3-4. 染色體脆折症 <input type="checkbox"/> 3-5. 亨丁頓舞蹈症 <input type="checkbox"/> 3-6. 血友病 <input type="checkbox"/> 3-7. 裘馨氏肌肉萎縮症 <input type="checkbox"/> 3-8. 其他 <input type="checkbox"/> 4. 胺基酸檢查 <input type="checkbox"/> 5. 有機酸檢查 <input type="checkbox"/> 6. 其他 | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 正常變異型 _____ <input type="checkbox"/> 3. 異常 核型：_____ <input type="checkbox"/> 4. 培養失敗 | | | | | | | |
| 建議及處理 | | | | | | | | 海洋性貧血基因檢驗結果 | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. 需按時接受治療 <input type="checkbox"/> 2. 追蹤家屬接受檢查 <input type="checkbox"/> 3. 遺傳諮詢服務 1_轉介至遺傳諮詢中心，醫院名稱：_____ 2_由原採檢醫師：_____ 提供遺傳諮詢 <input type="checkbox"/> 4. 是否同意被訪視 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 5. 其他_____ | | | | | | | | <input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 是否為 Alpha+Beta thal <input type="checkbox"/> 否： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (請參閱清單) <input type="checkbox"/> 是： <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ， <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 其他，請註明： <input type="checkbox"/> 3. 培養失敗 | | | | | | | |
| 檢驗機構：1137010024 彰化基督教醫院 醫師簽章：_____ 檢驗簽收時間：西元 年 月 日 時 分 報告完成時間：西元 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |

 第一聯(紅)
 第二聯(白)
 第三聯(綠)
 第四聯(黃)
 由檢驗單位自存
 由採檢單位自存

註：1. 紀錄聯填妥後，採檢院所請自存第四聯(黃)，將第一聯至第三聯送檢驗單位。

2. 檢驗單位填妥檢驗及異常個案追蹤結果後，自存第三聯(綠)；並將補助個案之相關資料申報至健康局指定之網路申報及資料庫作業系統。