

Lab No :

## 產前遺傳診斷個案紀錄聯

MT :

單胞胎自費案多(雙)胞胎 (取樣位置註記: \_\_\_\_\_)補助案

個案資料由孕婦或採檢院所填寫

檢驗資料由採檢院所填寫

檢驗結果及異常個案追蹤結果由檢驗單位協助填寫

第一聯(紅)

個	姓名	年齡	西元	年	月	日生	足歲	個案國籍別				
	電話	家: ( ) 公: ( ) 手機:						配偶國籍別				
案	戶籍地址	□□□	縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷	弄	號	樓
	通訊地址	□同戶籍地址	□□□	縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷	弄	號
資	產科史	懷孕次數(包括此次):			自然流產數:			人工流產數:			死產數:	
	產科史	新生兒異常數:			病名:			最後一次月經日期: 年 月 日始, 月經週期: 天, 規則: <input type="checkbox"/> 1. 是 <input type="checkbox"/> 2. 否 懷孕週數: 週(超音波)				
料	家庭類別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低收入戶, 證明文號: _____										
	1. 本紀錄表之個人資料將會做為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用, 您是否同意? <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 2. 您是否同意衛生人員進行後續電話訪視? <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意	個案簽名: _____										

檢體資料	採檢院所名稱		採檢醫師		病歷號碼	
	檢體類別	<input type="checkbox"/> 1. 絨毛 <input type="checkbox"/> 2. 羊水 <input type="checkbox"/> 3. 臍血	抽取量	ml	檢體抽取時間	西元 年 月 日 時 分
	檢體外觀	<input type="checkbox"/> 1. 清澈 <input type="checkbox"/> 2. 混濁 <input type="checkbox"/> 3. 棕褐色 <input type="checkbox"/> 4. 血紅色			檢體送檢時間	西元 年 月 日 時 分
適應症	□□ - □ (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	

檢體收到時間	年 月 日 時 分	檢驗單位	1137010024 彰化基督教醫院
負責醫師	監督醫師	報告日期	

檢查項目:  1. 細胞遺傳學檢驗 2. 海洋性貧血基因檢驗 3. 脊髓性肌肉萎縮症 4. 脊髓小腦性共濟性失調  
5. 染色體脆折症 6. 亨丁頓舞蹈症 7. 血友病 8. 裘馨氏肌肉萎縮症 9. 其他 \_\_\_\_\_

檢體結果	細胞遺傳學檢驗結果	海洋性貧血基因檢驗結果	上述其他檢驗
	<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	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 是否為 Alpha+Beta thal <input type="checkbox"/> 否: □-□-□-□ (請參閱清單) <input type="checkbox"/> 是: □-□-□-□, □-□ 其他, 請註明: _____ <input type="checkbox"/> 3. 培養失敗	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 基因型: _____ <input type="checkbox"/> 3. 培養失敗

異常個案追蹤結果	一、產前異常個案追蹤結果
	1. 已做人工流產/引產 <input type="checkbox"/> 已做人工流產/引產: 地點: _____, 日期: 西元 年 月 日, 流產/引產物已做過確認 <input type="checkbox"/> 已做人工流產/引產: 地點: _____, 日期: 西元 年 月 日, 流產/引產物未做過確認 2. <input type="checkbox"/> 繼續懷孕 3. 其他 <input type="checkbox"/> 轉診: 院(所)名稱: _____ <input type="checkbox"/> 其他: _____ (請敘明)
異常個案追蹤結果	二、遺傳諮詢服務
	1. <input type="checkbox"/> 轉介至遺傳諮詢中心, 醫院名稱: _____ 2. <input type="checkbox"/> 由原採檢醫師: _____ 提供遺傳諮詢 3. <input type="checkbox"/> 其他: _____ (請敘明)

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。

Lab No :

MT :

## 產前遺傳診斷個案紀錄聯

單胞胎自費案多(雙)胞胎 (取樣位置註記: \_\_\_\_\_)補助案

個案資料由孕婦或採檢院所填寫

檢體資料由採檢院所填寫

檢驗結果及異常個案追蹤結果由檢驗單位協助填寫

第二聯(白)

個	姓名	年齡	西元	年	月	日	足歲	個案國籍別	
	電話	家: ( ) 公: ( ) 手機:	配偶國籍別		身分證號碼 /統一證號				
案	戶籍地址	□□□ 縣 鄉鎮 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓 市 區市 里 街							
	通訊地址	□同戶籍地址□□□ 縣 鄉鎮 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓 市 區市 里 街							
資	產科史	懷孕次數(包括此次):		自然流產數:		人工流產數:		死產數:	
		新生兒異常數:		病名:					
		最後一次月經日期: 年 月 日始, 月經週期: 天, 規則: <input type="checkbox"/> 1. 是 <input type="checkbox"/> 2. 否		懷孕週數: 週(超音波)					
家庭類別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低收入戶, 證明文號: _____								
料	1. 本紀錄表之個人資料將會做為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用, 您是否同意? <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意								
	2. 您是否同意衛生人員進行後續電話訪視? <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 個案簽名: _____								

檢體資料	採檢院所名稱		採檢醫師		病歷號碼		
	檢體類別	<input type="checkbox"/> 1. 絨毛 <input type="checkbox"/> 2. 羊水 <input type="checkbox"/> 3. 臍血		抽取量	ml	檢體抽取時間	
	檢體外觀	<input type="checkbox"/> 1. 清澈 <input type="checkbox"/> 2. 混濁 <input type="checkbox"/> 3. 棕褐色 <input type="checkbox"/> 4. 血紅色				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

檢體收到時間	年 月 日 時 分	檢驗單位	1137010024 彰化基督教醫院
負責醫師		監督醫師	報告日期
檢查項目: <input type="checkbox"/> 1. 細胞遺傳學檢驗 2. 海洋性貧血基因檢驗 3. 脊髓性肌肉萎縮症 4. 脊髓小腦性共濟性失調 5. 染色體脆折症 6. 亨丁頓舞蹈症 7. 血友病 8. 裘馨氏肌肉萎縮症 9. 其他 _____			

檢體結果	細胞遺傳學檢驗結果	海洋性貧血基因檢驗結果	上述其他檢驗
	<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	<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	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 基因型: _____ <input type="checkbox"/> 3. 培養失敗

異常個案追蹤結果	一、產前異常個案追蹤結果
	1. 已做人工流產/引產 <input type="checkbox"/> 已做人工流產/引產: 地點: _____, 日期: 西元 年 月 日, 流產/引產物已做過確認 <input type="checkbox"/> 已做人工流產/引產: 地點: _____, 日期: 西元 年 月 日, 流產/引產物未做過確認 2. <input type="checkbox"/> 繼續懷孕 3. 其他 <input type="checkbox"/> 轉診: 院(所)名稱: _____ <input type="checkbox"/> 其他: _____ (請敘明)
	二、遺傳諮詢服務
	1. <input type="checkbox"/> 轉介至遺傳諮詢中心, 醫院名稱: _____ 2. <input type="checkbox"/> 由原採檢醫師: _____ 提供遺傳諮詢 3. <input type="checkbox"/> 其他: _____ (請敘明)

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。

Lab No :

## 產前遺傳診斷個案紀錄聯

MT :

單胞胎自費案多(雙)胞胎 (取樣位置註記: \_\_\_\_\_)補助案

個案資料由孕婦或採檢院所填寫

檢體資料由採檢院所填寫

第三聯(綠) 由檢驗單位自存

個	姓名	年齡				西元	年	月	日	足歲	個案國籍別			
	電話	家: ( ) 公: ( ) 手機:									配偶國籍別			
案		戶籍地址	□□□	縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷	弄	號	樓	
	通訊地址	□同戶籍地址	□□□	縣	鄉鎮	村	鄰	路	段	巷	弄	號	樓	
資	產科史	懷孕次數(包括此次):			自然流產數:			人工流產數:			死產數:			
		新生兒異常數:			病名:									
		最後一次月經日期:			年	月	日	始	月經週期:		天	規則:	<input type="checkbox"/> 1. 是	<input type="checkbox"/> 2. 否
料	家庭類別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低收入戶, 證明文號:												
	1. 本紀錄表之個人資料將會做為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用, 您是否同意? <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意													
2. 您是否同意衛生人員進行後續電話訪視? <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意														
個案簽名: _____														

檢體資料	採檢院所名稱					採檢醫師					病歷號碼				
	檢體類別	<input type="checkbox"/> 1. 絨毛 <input type="checkbox"/> 2. 羊水 <input type="checkbox"/> 3. 臍血				抽取量	ml		檢體抽取時間	西元			年	月	日
	檢體外觀	<input type="checkbox"/> 1. 清澈 <input type="checkbox"/> 2. 混濁 <input type="checkbox"/> 3. 棕褐色 <input type="checkbox"/> 4. 血紅色								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

檢體收到時間	年	月	日	時	分	檢驗單位	1137010024 彰化基督教醫院					
負責醫師					監督醫師					報告日期		
檢查項目: <input type="checkbox"/> 1. 細胞遺傳學檢驗 2. 海洋性貧血基因檢驗 3. 脊髓性肌肉萎縮症 4. 脊髓小腦性共濟性失調 5. 染色體脆折症 6. 亨丁頓舞蹈症 7. 血友病 8. 裘馨氏肌肉萎縮症 9. 其他_____												

檢體結果	細胞遺傳學檢驗結果				海洋性貧血基因檢驗結果				上述其他檢驗			
	<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				<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				<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 基因型: _____ <input type="checkbox"/> 3. 培養失敗			

異常個案追蹤結果	一、產前異常個案追蹤結果											
	1. 已做人工流產/引產 <input type="checkbox"/> 已做人工流產/引產: 地點: _____, 日期: 西元 年 月 日, 流產/引產物已做過確認 <input type="checkbox"/> 已做人工流產/引產: 地點: _____, 日期: 西元 年 月 日, 流產/引產物未做過確認 2. <input type="checkbox"/> 繼續懷孕 3. 其他 <input type="checkbox"/> 轉診: 院(所)名稱: _____ <input type="checkbox"/> 其他: _____ (請敘明)											
異常個案追蹤結果	二、遺傳諮詢服務											
	1. <input type="checkbox"/> 轉介至遺傳諮詢中心, 醫院名稱: _____											
	2. <input type="checkbox"/> 由原採檢醫師: _____ 提供遺傳諮詢 3. <input type="checkbox"/> 其他: _____ (請敘明)											

檢驗結果及異常個案追蹤結果由檢驗單位協助填寫

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。

Lab No :

## 產前遺傳診斷個案紀錄聯

MT :

單胞胎自費案多(雙)胞胎 (取樣位置註記: \_\_\_\_\_)補助案

個案資料由孕婦或採檢院所填寫

檢體資料由採檢院所填寫

第四聯(黃)由採檢醫院、診所自存

個	姓名	年齡	西元	年	月	日	足歲	個案國籍別	
	電話	家: ( ) 公: ( ) 手機:	配偶國籍別		身分證號碼 /統一證號				
案	戶籍地址	□□□ 縣 鄉鎮 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓 市 區市 里 街							
	通訊地址	□同戶籍地址 □□□ 縣 鄉鎮 村 鄰 路 段 巷 弄 號 樓 市 區市 里 街							
資	產科史	懷孕次數(包括此次):		自然流產數:		人工流產數:		死產數:	
		新生兒異常數:		病名:					
		最後一次月經日期: 年 月 日始, 月經週期: 天, 規則: <input type="checkbox"/> 1. 是 <input type="checkbox"/> 2. 否		懷孕週數: 週(超音波)					
家庭類別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低收入戶, 證明文號: _____								
料	1. 本紀錄表之個人資料將會做為衛生單位政策評估或個案追蹤健康管理時使用, 您是否同意? <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意								
	2. 您是否同意衛生人員進行後續電話訪視? <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 個案簽名: _____								

檢體資料	採檢院所名稱		採檢醫師		病歷號碼	
	檢體類別	<input type="checkbox"/> 1. 絨毛 <input type="checkbox"/> 2. 羊水 <input type="checkbox"/> 3. 臍血	抽取量	ml	檢體抽取時間	西元 年 月 日 時 分
	檢體外觀	<input type="checkbox"/> 1. 清澈 <input type="checkbox"/> 2. 混濁 <input type="checkbox"/> 3. 棕褐色 <input type="checkbox"/> 4. 血紅色			檢體送檢時間	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 _____)					

檢體收到時間	年 月 日 時 分	檢驗單位	1137010024 彰化基督教醫院
負責醫師		監督醫師	報告日期

檢查項目:  1. 細胞遺傳學檢驗 2. 海洋性貧血基因檢驗 3. 脊髓性肌肉萎縮症 4. 脊髓小腦性共濟性失調  
5. 染色體脆折症 6. 亨丁頓舞蹈症 7. 血友病 8. 裘馨氏肌肉萎縮症 9. 其他 \_\_\_\_\_

檢體結果	細胞遺傳學檢驗結果	海洋性貧血基因檢驗結果	上述其他檢驗
	<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	<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	<input type="checkbox"/> 1. 正常 <input type="checkbox"/> 2. 異常 基因型: _____ <input type="checkbox"/> 3. 培養失敗

異常個案追蹤結果	一、產前異常個案追蹤結果
	1. 已做人工流產/引產 <input type="checkbox"/> 已做人工流產/引產: 地點: _____, 日期: 西元 年 月 日, 流產/引產物已做過確認 <input type="checkbox"/> 已做人工流產/引產: 地點: _____, 日期: 西元 年 月 日, 流產/引產物未做過確認 2. <input type="checkbox"/> 繼續懷孕 3. 其他 <input type="checkbox"/> 轉診: 院(所)名稱: _____ <input type="checkbox"/> 其他: _____ (請敘明)
	二、遺傳諮詢服務
	1. <input type="checkbox"/> 轉介至遺傳諮詢中心, 醫院名稱: _____ 2. <input type="checkbox"/> 由原採檢醫師: _____ 提供遺傳諮詢 3. <input type="checkbox"/> 其他: _____ (請敘明)

檢驗結果及異常個案追蹤結果由檢驗單位協助填寫

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。