

PEG 過敏原檢測委託暨同意書

送檢需知

1. 檢體種類：以紫頭採血管採血至少 3 毫升 2 管或 10 毫升 1 管。
2. 將採集好的紫頭管與同意書放入包裝內密封；另外貼上宅配單寄至實驗室。
3. 檢體為冷藏運送，溫度範圍為 $<10^{\circ}\text{C}$ 。

基本資料（此欄請以正楷填寫）

受 檢 測 人 姓 名			受檢測人身分證或 護 照 號 碼		性別 ☐ 男 ☐ 女
出 生 日 期	西元	年	月	日	聯 絡 電 話
報 告 收 件 地 址					
曾發生藥物或疫苗過敏反應 ☐ 否 ☐ 是（過敏原、症狀描述）_____					
送 檢 單 位			採 檢 日 期	西元	年 月 日

檢測項目（請正確勾選檢測套組）

☐ PEG過敏原檢測	☐ 其他：
-----------------------------------	------------------------------

我，受檢測人暨立同意書人均已瞭解 PEG 過敏原檢測（以下簡稱本項檢測），並同意下列情形：

1. 本項檢測是透過採集受檢者血液，藉此分析受檢者對聚乙二醇Polyethylene glycol (PEG-2000)可能的潛在過敏風險。
2. 為了確保本項檢測之準確度，若檢體經品質管控未達標準，可能需要重新取樣，重新取樣無須多收取費用。立同意書人知悉並同意本公司僅針對該檢體所做的檢測負責，且受檢者同意並了解本公司將盡力提供準確之檢測報告，有極少個案可能因某些特殊情況或因素影響，導致偽陰性或是偽陽性之結果，惟受檢者須遵照正確採樣流程，以確保檢體與檢測結果之品質。
3. 本項檢測出具報告時間為收到檢體後7個工作天，但若過檢測數據需重覆確認或檢體經品質管控未達標準需重新取樣的狀況時，則不在此期限限制，本公司保留調整出報告時程的權利。
4. 本項檢測為聚乙二醇過敏風險檢測，測試若為陽性時，應避免使用含有聚乙二醇相關製劑，或提前採取相關預防措施。但結果為陰性時，仍不能排除對製劑中其它物質的過敏反應。
5. 檢測結果僅提供臨床醫師參考，不做為唯一的依據也無法取代醫療人員專業的醫療診斷及處置，立同意書人知悉應就檢測報告尋求醫師及醫療專業人員諮詢建議，且立同意書人對所有醫療決策負有最終決定權。
6. 受檢者的個人資料及檢測結果為高度隱私，將會確實予以保密。檢測單位於檢測完畢後將妥善匿名保存檢體，在半年後確實予以銷毀。基於個人資料保護法及相關法令規定，個人資料僅利用於身分確認、聯繫、提供相關服務、產品資料或其它資訊等。
7. 我同意在去掉所有個人資料情形下，檢測數據供研究參考。
8. 我同意將報告書先交由醫師檢閱。
9. 本人同意將檢體交予世基生物醫學股份有限公司及其委由檢測之合格實驗室進行分析。
10. 我已充分瞭解上述說明並同意自費進行本項檢測。如立同意書人不同意特定檢測項目時，應提前三日以書面告知本公司，一旦檢體送進實驗室後，受檢者不得以任何理由要求退費。

受檢測人_____（簽章）身分證字號：_____

法定代理人_____（簽章）身分證字號：_____

與受測人關係(請圈選)：父、母、其他：_____（受檢者為未滿二十歲之未成年人，由法定代理人簽署）

西元 年 月 日

您是否同意本公司及集團內之企業及該企業所管理之公司，於醫療、照護服務或個人資料保護法之特定目的下，得蒐集、處理或利用本人之醫療、基因、檢查等個人資料。

☐同意 ☐不同意

_____（簽章）

依據《個人資料保護法》第3條規定，您就本公司所蒐集、處理及利用之個人資料，享有查詢或請求閱覽、請求製給複製本、請求補充或更正、請求停止蒐集、處理或利用、請求刪除之權利。

若您欲行使前開權利，請來電 02-2798-5885，公司於接獲通知後會儘速與您聯絡處理。

以下欄位由收檢單位填寫：

收件單位簽收人：	收件日期：
----------	-------