

立人醫事檢驗所

消化系統風險評估 KRAS 基因分析同意書

送檢單位		送檢醫師	
病歷號碼			
採檢日期	西元 年 月 日	送檢日期	西元 年 月 日
採檢檢體	☐ 1g 糞便(約拇指大小)		

受檢者資料(此欄由本人親填親簽)

姓 名		性 別	☐ 女 ☐ 男
身分證或 護照號碼		出生日期	西元 年 月 日
聯絡電話		備 註	

本人已充分了解消化系統風險評估 KRAS 基因分析意義，了解並同意以下事項：

1. 檢測目的及必要性：消化系統風險評估 KRAS 基因分析是一項腸道腫瘤相關基因突變檢測。KRAS 基因突變與腸道腫瘤的發生、進展具有密切關聯，檢測 KRAS 基因突變可協助早期發現腫瘤的風險。透過此檢測可評估個體的腸道腫瘤發生風險，提供適當的醫療建議及追蹤策略。
2. 適應症：適用於具有腸道腫瘤家族史個體、腸道症狀異常(如大便潛血反應陽性)個體或曾接受腸道檢查者，尤其是中老年人群；亦適用於具有家族腫瘤史或具致癌高風險因子個體進行此基因檢測，以期早期發現腸道腫瘤的風險。
3. 檢測技術及步驟：以聚合酶連鎖反應(Polymerase chain reaction, PCR)、毛細管電泳(Capillary electrophoresis)與定序(Sequencing)技術分析糞便中人類 KRAS 基因特定位點突變狀態。
4. 其他可替代的選擇：使用其他腫瘤相關基因檢測技術，如次世代定序(Next Generation Sequencing, NGS)，唯檢測週期較長且檢測成本較高。
5. 檢測極限：本檢測僅能針對特定人類 KRAS 基因特定突變位點進行分析，無法涵蓋所有可能的基因變異，靈敏度非 100%。
6. 若檢體因各種因素(如水便、污染、檢體品質不良等)，而導致無法檢測之情形，受檢者需配合重新採檢，以確保檢測之準確性。
7. 本人已充分了解上述說明與各檢測的限制性，並已向醫護人員提出問題與疑慮。本人同意進行本項基因檢查，瞭解進行本檢測無法完全預防該檢測疾病的發生。

立同意書人_____ (簽章) 西元 年 月 日

實驗室檢體編號與日期：

實驗室簽收人員：