

Informed consent statement

All the participants provided informed written consent prior to study enrollment.

A copy of informed consent is as follows.

上海交通大学医学院附属瑞金医院儿内科实验室
血液标本采集同意书

1. 通过医生的讲解，本人认识到遗传病的基因检查是诊断、治疗和预防遗传病的基础。收集遗传病家系，克隆致病基因，采取相应措施，阻断疾病向下一步传递，是给家庭带来幸福，提高民族素质的根本措施，也是遗传病诊断、治疗和预防的必经途径，因此本人自愿提供有关标本做遗传分析和研究，并同意将有关试验资料用于科研论文的发表。

患者监护人签名：

日期： 年 月 日

2. 本实验室愿意采集患者相关标本，用以将检查、分析和研究的结果告知标本提供者，为其保密，并承诺在该病的诊断、治疗和优生等方面给予免费的指导。

负责医生签名：

日期： 年 月 日

上海交通大学医学院附属瑞金医院儿科消化组

血液标本送检单

采集时间： 年 月 日 住院号/门诊号： 床号：

编号	姓名	性别	出生年月	籍贯	居住地	民族	发病时间

地址：

电话：

临床诊断：

主诉：

现病史：

既往史：

- 过敏史：无/有
- 生后反复感染史：无/有
- 病前使用抗生素史：无/有

家族史：

- 母系疾病：
- 父系疾病：
- 母孕期感染：无/有

备注：

体格检查/辅助检查：

家系图：