

海南省妇女儿童医学中心

基因检测知情同意书

姓名: [REDACTED] 出生日期 (2017 年 10 月 24 日)

籍贯: [REDACTED] 民族: 汉 联系电话: [REDACTED]

目前诊断 早老症 在治疗。

患儿家属寻求明确病因,为进一步完善诊疗方案,需进行基因检测,但 DNA 分析检测是为了评估预测疾病风险,对疾病辅助诊断。作为临床参考因素,可能由于客观原因导致无法获取检测结果或未检测出某些特定基因位点(即阴性结果)的情况,此时并不排除患所检测疾病的可能。

医生陈述:

我已告知患者将要进行检测流程,并解答了关于此次检测的相关问题。

医生签字: [签名]

日期: 2020 年 04 月 20 日 15 时

患者知情选择:

☒ 我已通过医生的解释,充分了解基因检测预期结果及局限性。也知晓基因筛查为自费项目,价格较高。

☒ 本次 DNA 检测数据及结果可用于科研及学术研究。

父母或监护人: [REDACTED] 日期: 2020 年 04 月 20 日 15 时