

南京医科大学附属儿童医院
南京市儿童医院
基因检测知情同意书

姓名

性别：女

年龄：5月12天

病区

住院号

尊敬的患儿家长（法定代理人）：

当您决定在南京医科大学附属儿童医院做有关疾病基因检测之前，请仔细阅读以下内容：

1、检测目的：

基因检测是为了辅助临床诊断或评估预测某种疾病的风险。未检出某个特定的基因位点（即阴性结果）并不完全排除患某种疾病的可能性，因为由于现有技术的局限性，并非所有变异范围都能检测到，同时有些疾病和其他基因（没检测的基因）也有关系。

2、标本采集：

基因检测多涉及到遗传性疾病，为了更好地明确疾病遗传模式，需要对家庭成员同时进行检测，在收集受试者的血液样本时，我们建议患儿父母及同胞兄弟姐妹同时留取血液样本。

3、可能的不良反应和风险：

全程操作中只有采血时会接触到患儿，其余过程全部体外操作，没有并发症等不良反应和安全性风险。

4、个人信息的保密：

如果您决定您的孩子参加基因检测，参与检测及结果中涉及的个人资料均属保密。通过签署知情同意书，您授权为您申请基因检测的医生或研究者在严格保密个人隐私的情况下可利用基因检测数据进行相关的科学研究，结果发表于学术期刊时，个人信息（如姓名、年龄）和隐私医院将会保密。

5、需要您配合的其它事项：

请您按医生和您约定的随访时间带您孩子来医院就诊，基因检测结果需要进一步的遗传咨询，同时检测报告中关于可能的基因结果以及潜在的健康影响内容需要您的孩子的诊治医生进行评估。

同意声明：

我已充分了解该项技术服务的性质、目的、合理性和必要性，经慎重考虑后我决定代表我的孩子同意进行基因检测。

患儿法定代理人签名：

与患儿本人的关系：

联系电话：

日期：2019-10-12 15:25

我确认已向患儿法定代理人（和/或受试者本人）解释了本试验的详细情况，包括其权利以及可能的受益和风险，并给其一份签署过的知情同意书副本。

申请者签名：王璐

日期：2019-10-12 15:25

