

基因检测知情同意书

患者姓名		性别	男
年龄	11 岁	就诊时间	2019 年 3 月 20 日

因患者患有性早熟在我院治疗，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 检测分析，是为了评估预测疾病的风险、辅助临床对疾病进行诊断或是作为临床治疗的参考因素，可能会由于客观原因导致出现无法获取检测结果或未检测出某些特定的基因位点（即阴性结果）的情况，此时并不排除患所检测疾病的可能。

我已告知患者将要进行的检测流程，并解答了关于此次检测的相关问题。

医生签名: _____ 签名日期: 2019.3.20

患者知情选择

- ☒ 1 医师已经告知我应进行的基因检测流程，及检测结果的局限性，并且解答了关于我此次检测的相关问题。
- ☒ 2 本次 DNA 检测数据及结果可用于科研及学术研究。

患者姓名: _____ 签名日期: _____

如果患者无法签署知情同意书，请授权的亲属在此签名：

患者授权人员签名：_____，与患者关系：母亲 签名日期：2019.3.20