



染色體及基因檢查送檢單【院外代檢】新版

代檢項目

- 染色體檢查      JAK2   MPL   CALR
- FISH MM [1.p53(17p13.1) 2.IGH/MAF 3. IGH/FGFR3 4. CKS1B/ CDKN2C (P18)] CD138
- FISH CLL[1.p53(17p13.1) 2.IGH/CCND1 3.ATM(11q22.3)]

個案基本資料(以下欄位資料均載入報告系統，請確實填寫灰底欄位，謝謝)

醫院名稱		科別	送檢醫師
戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院 機構代號：1122010012		血液腫瘤科 AF	
姓名	病歷號碼	性別	抽取時間
		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不明	西元 年 月 日 時 分
身份證號碼	出生日期	檢體類別	送檢時間
	西元 年 月 日	<input type="checkbox"/> BM <input type="checkbox"/> PB	西元 年 月 日 時 分
健保個案 (請務必填寫)		適應症	血腫檢體請註記 WBC count: _____ x10 <sup>3</sup> /μL
就醫序號	部份負擔代碼 000		
就醫科別 血液腫瘤科 AF	國際疾病分類碼		

送檢單位資料(以下欄位資料攸關報告寄送及收據開立，請確實填寫，謝謝)

連絡窗口(部門/姓名)	電話/分機	報告傳真號碼
檢驗醫學科/李嫻諭	( 05 )2765041-5203 or 5213	( 05 )2719060
醫院地址(報告郵寄地址)	收據抬頭開立	
郵遞區號 ( 600 ) 嘉義市忠孝路539號 B棟2F 檢驗醫學科 血清免疫組	<input type="checkbox"/> FO 患者姓名 <input checked="" type="checkbox"/> 醫院名稱 <input type="checkbox"/> BC 其他_____	

送檢前注意事項

注 意 事 項	<p>* 送檢前，請先連絡中心人員；送檢流程及檢體採集，請參閱本中心網站之代檢服務。http://www2.cch.org.tw/CMG/</p> <p>* 報告完成時，會以傳真方式通知，隨後郵寄正式報告至貴院『送檢醫師』。</p> <p>* 本中心為提供送檢醫師及病患遺傳檢驗服務，為能順利完成代檢服務，代檢費用收取之單一窗口設定為『送檢醫師』，請送檢醫師協助負責費用確認收取，敬請協助。* FISH 檢查，請註明需檢測的基因位點。</p> <p>* Fanconi Anemia 送檢，以下請註明：患者 WBC Count：_____ uL，及填寫 Control 資料。</p> <p>Control 姓名：_____ 年齡：_____ 足歲 出生日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 性別：<input type="checkbox"/>男<input type="checkbox"/>女</p> <p>檢體體積：Case 15 ml 及 Normal Control 10 ml。檢體收件時間：星期一、二、三、五收件。Case 及 Normal Control 需同時段抽取。Normal Control 條件：年齡相近(年齡差距 2-3 歲以內，可接受不同性別)，無血液疾病。</p> <p>請分別抽取 Case 及 Normal Control 之血液，置於含有 Heparin 抗凝固劑的試管中(不可以凝固)。請冷藏寄送。</p>					
	連 絡 窗 口	<p>收件地址：500 彰化市中華路 176 號三樓 傳真：(04)7249847</p> <p>* 基因醫學部細胞遺傳組 染色體檢查代檢諮詢 郭小姐/楊組長 電話：(04)7238595 ext 2321~2323</p> <p>* 基因醫學部分子遺傳組 基因檢查代檢諮詢 張組長 電話：(04)7238595 ext 2331</p> <p>* 基因醫學部遺傳諮詢門診 遺傳諮詢師 李小姐 電話:(04)7238595 ext 7244</p>				
繳 款 方 式		<p>* 繳款前請先閱讀下列說明：(1) ATM 轉帳有轉錯帳號之可能，轉錯帳號，本院視同未收到代檢費，將請個案重新匯款。請盡量配合採『郵政劃撥』或『銀行匯款』繳款。(2)請傳真郵政劃撥單至 04-7249847，單上請註明送檢醫院及個案姓名，以利銷帳。『ATM 存根』請放大傳真。(3)寄送檢體請附上繳款憑證影本，正本請自行留存。若已傳真，則不需再將繳款憑證寄本單位。(4)收據於次月 10 日左右，以『掛號』郵寄至貴院『送檢醫師』，請送檢醫師注意收件並轉交個案收執。</p> <p>* 以下請擇一方式繳款：</p> <p><input type="checkbox"/> 郵政劃撥：(1) 請至郵局劃撥，戶名:彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院 帳號：00131080 請於備註欄註明【患者姓名】及【遺傳代檢費】。</p> <p><input type="checkbox"/> ATM 轉帳：請將確定款項轉入銀行代號：822 中國信託商業銀行 帳號：078-5300-38927。</p> <p><input type="checkbox"/> 銀行匯款：敬請將款項匯入 822 中國信託商業銀行員林分行戶名:彰化基督教醫療財團法人彰化基督教醫院，匯入帳號: 078-5300-38927。</p> <p><input type="checkbox"/> 連同檢體寄送：請確認金額後，連同檢體寄送 500 彰化市中華路 176 號 3 樓；本單位無法負責費用遺失之責，建議請採郵政劃撥繳款。</p>				
	入 帳	【由檢驗單位填寫】 <input type="checkbox"/> FO <input type="checkbox"/> BC	金 額	簽 收 時 間	年 月 日 時 分	傳 送 者