



## 檢索標本進行基因檢測的知情同意聲明

您的參考編號: \_\_\_\_\_

### 進行基因測試詳情

為 \_\_\_\_\_ 癌症病人進行的 \_\_\_\_\_ 試驗。

### 病人資料

名稱(英文): \_\_\_\_\_ 名稱(中文): \_\_\_\_\_

性別(男/女): \_\_\_\_\_ 出生日期: \_\_\_\_\_ 身份證號碼: \_\_\_\_\_

病理(個案)編號: \_\_\_\_\_ (請附上相關病理報告)

### 申請此檢測的醫生資料

醫生姓名: \_\_\_\_\_

電話: \_\_\_\_\_ 傳真: \_\_\_\_\_

### 病人同意聲明

致: \_\_\_\_\_

本人在此同意香港分子病理檢驗中心對上述腫瘤組織進行分子測試及代表本人收集石臘組織樣本作此化驗用途。本人理解所有診斷的樣本在化驗過程中會被完全消耗。

\_\_\_\_\_  
病人姓名

\_\_\_\_\_  
病人簽署

\_\_\_\_\_  
見證人(醫生)姓名

\_\_\_\_\_  
見證人簽名(醫生)簽署

\_\_\_\_\_  
日期

請把填妥後的表格連同病理報告傳真至 2527-7028.

Hong Kong Molecular Pathology Diagnostic Centre  
27/F, Bonham Trade Centre, 50 Bonham Strand, Sheung Wan, Hong Kong  
Tel: 2986-1270 Fax: 2527-7028