

染色体检测（aCGH）知情同意书

尊敬的顾客，您好！

感谢您选择北京博尔诚医学检验所为您提供检测咨询服务。在检测开始之前，请您认真阅读以下内容，并认真填写检测申请单。芯片比较基因组杂交技术（aCGH）是利用受检者组织、细胞或者外周血等样本提取基因组 DNA，采用基因芯片杂交技术，将芯片杂交扫描结果进行生物信息学分析，发现受检者染色体上存在的重复/缺失来检测染色体畸变。

【检测潜在风险】

1. aCGH 主要用于检测染色体的重复/缺失畸变，aCGH 无法检测绝对的平衡易位/倒位。
2. aCGH 不适合检测染色体整体条数加倍的多倍体，例如 3n, 4n。
3. 在完全不知送检样本性别染色体组成的情况下，aCGH 不能检测 XYY。
4. aCGH 不能检测染色体发生变异的细胞所占比例较低的嵌合体。
5. 本检测方法只针对染色体片段重复/缺失引起的染色体畸变，对由于点突变等引起的单基因遗传病不能检测。
6. aCGH 可能检测发现的一些临床意义不明染色体变异片段，临床中不能确定其致病性。
7. 由于样本不合格而不能进行 aCGH 检测的病例，扣除样本检测费用后返还其他费用，或重新取样。

【受检者知情同意】

1. 我已充分了解该检测的性质、预期目的、风险和必要性；我已了解该检测项目的适用人群；我并未得到该检测结果百分之百准确的承诺。
2. 我承诺所提供个人资料真实性、完整性。
3. 我知晓该检测结果仅供临床参考，未检出某个特定的基因位点(即阴性结果)并不排除患某种疾病的可能性，检出某个特定的基因位点(即阳性结果)并不代表患某种疾病的必然性；若有疑问需在样本保存期内提出（样本保存期 21 天）。
4. 我知晓该检测由于个体差异导致的 DNA 浓度过低，可能出现重新取样的情况，若样本量未符合要求，我同意再次提供足量样本。
5. 我授权该检测机构对此检测涉及的样本进行处置，包括血液、血浆和医疗废弃物等。
6. 我同意如实提供本次受检背景的相关信息，我了解并同意该检测机构与我联系得到受检后的相关信息，因未能如实提供本次受检背景信息导致所有损害后果，我将承担法律责任。
7. 我同意在我的姓名等私人信息被完全移除后，使用我的相关临床数据进行科研、发表论文、质量控制，而我的姓名等私人信息绝对不会出现在任何形式的报道或刊物中；若由于检验所原因导致受检者信息外泄并受到影响，受检者有权追究检验所的法律风险。
8. 在收到受检人提供的完整的检测申请单、知情同意书、有效受检样本及检测预付费后，检验所将立即为受检人启动检测程序；受检人不得中途取消检测，否则检测费不予退还。如因样本客观原因而导致无法检测出结果的情况下，检验所将只收取样本前处理工本费¥300 元。检验所收到受检样本两周内，尚未收到检测预付款，检验所将对送检样本进行报废处理。

【注意事项】

1. 检测结果以书面报告形式告知受检人，给受检人提供参考，检测结果由检验所和临床医生讨论后，由临床医生和患者进行沟通。
2. 检测预付费用：_____元，大写_____；通过以下方式付款：
 现金 银行汇款（户名：北京博尔诚医学检验所有限公司 开户行：中国银行北京经济技术开发区宏达北路支行 账号：3428 5984 1108）

知情声明： 签名人已认真阅读并充分了解以上内容，经慎重考虑，愿意承担相关检测项目可能出现的风险，理解这些风险的出现是目前的技术水平难以避免的，同意进行芯片比较基因组杂交技术检测染色体。对以上各条款均已经了解清楚，要求检测、同意随访，愿意承担因该检测带来的各种风险。

受检者签名 _____ 联系电话 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日
代理人签名 _____ 联系电话 _____ 签名日期 _____ 年 _____ 月 _____ 日

报告邮寄地址 _____