

檢體編號：

16000601

成大醫院細胞遺傳學檢驗單

※注意事項：請註明「檢驗數據值」、「送檢原因」，並附相關證明文件。
請務必詳細填寫「個案資料」、「產科史」、「醫事機構名稱、醫師」及表單上各欄位。

病歷號碼	身份證號	☐ 男 ☐ 女	本人國籍 ☐ 本國/ ☐ 外國： 配偶國籍 ☐ 本國/ ☐ 外國：
姓名	生日	年 月 日足歲 歲	是否夫妻確診： ☐ 是/ ☐ 否 配偶身分證：
聯絡電話	手機：	家：() 公：()	分機：
戶籍地址	☐ ☐ ☐ 縣 鄉鎮 村里 路 街 段 巷 弄 號 樓- 市 市區 鄰		
通訊地址	☐ ☐ ☐ 縣 鄉鎮 村里 路 街 段 巷 弄 號 樓- ☐ 同戶籍地址 市 市區 鄰		
羊 水 檢 體 必 填	懷孕次數（包括本次）共：() 次，自然流產數：() 次，人工流產數：() 次，死產數：() 次		
	新生兒異常數（指已出生小孩，胎兒異常引產不算）： 人，病名：		
	最後一次月經： 年 月 日開始； 超音波懷孕週數： 週 月經週期： ☐ 28 天 / ☐ 30 天 / 或 ☐ 天；月經： ☐ 規則 / ☐ 不規則		
	羊水 檢體狀況： ☐ 清澈 ☐ 混濁 ☐ 棕褐色 ☐ 血紅色， 抽取量： ml		
適應症	☐ ☐ ☐ - ☐ 參閱適應症代碼表	請填檢驗數值 並附證明，或 註明送檢原因	
家族病史			
送檢單位	國立成功大學醫學院附設醫院	採檢時間	年 月 日 時 分
	採檢醫師： 分機：	送檢時間	年 月 日 時 分
家庭類別	☐ 一般； ☐ 偏遠地區； ☐ 低收入戶：證明文號：	收件時間	年 月 日 時 分
5302 婦產部細胞遺傳檢查代碼		採 檢 須 知	
補助 001 ☐ 血液 補助 010 ☐ 血液-※異常染色體之父母再確認 自費 011 ☐ 血液		抽取細胞遺傳組提供之 heparin 0.5 mL 於無菌針筒內，充分浸濕針筒後勿排擠掉，直接抽取周邊血 5~10 mL。新生兒：全血 2~3 mL。	
補助 009 ☐ 流產組織-※羊水異常之組織再確認 自費 006 ☐ 流產組織 自費 007 ☐ 流產組織-※研究計畫		以細胞遺傳組提供的「染色體檢查細胞培養液」離心管，收集檢體並儘速送檢。最低採檢量要求：臍帶：2 cm，絨毛（須分離出 villi 勿含母體組織）：2 cm ² ，胎盤：1 cm ³ 。	
補助 003 ☐ 羊水 自費 013 ☐ 羊水		以無菌針筒抽取羊水約 20 mL 左右，若懷孕週數少於 15 週者，則以 1 mL/1 week 為採檢原則。	
自費 008 ☐ 羊水培養費			
細胞遺傳室聯絡電話：(06) 235-3535 分機 2617~8 傳真：(06) 237-0661 國立成功大學醫學院附設醫院 婦產部 細胞遺傳組 (104.12 修訂)			批價 簽章

一式二聯——第一聯：與正式報告存查(藍)、第二聯：成大實驗室核對聯(白)