



檢索標本進行基因檢測的知情同意聲明

病人同意聲明

致： _____ 病理（個案）編號： _____
(醫院名稱) (請附上相關病理報告)

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。

進行基因測試詳情

為 _____ 癌症病人進行的 _____ 試驗。

病人資料

姓名（英文）： _____

姓名（中文）： _____

性別： 男/女 出生日期： _____

身份證號碼： _____

申請此檢測的醫生資料

醫生姓名： _____

電話： _____

傳真： _____

病人簽署

見證人（醫生）簽署及公司印章

病人姓名

見證人（醫生）姓名

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, Strand 50, 50 Bonham Strand, Sheung Wan, Hong Kong
Tel: 2986-1213 Fax: 2527-7028