

健仁醫院

個人化免疫激活菌檢測須知及同意書

檢測者同意書

- 一、個人化免疫激活菌檢測為抽取個人血液檢體，利用螢光免疫分析法檢測配合冷光儀設備，分析不同菌種對於人體免疫系統的影響。此種技術可以偵測到免疫細胞分泌的細胞激素，其優勢為能夠快速而大量篩選菌種，可應用於個人化醫療，為個人量身訂做最適合體質的菌種
- 二、採取個人血液檢體 10 cc 全血 1 管，並注入加有抗凝劑的採血管，後轉交實驗室進行分析檢測，培養分析時間為 14 個工作天(不含假日)
- 三、個人血液檢體須避免溶血或凝固，若造成溶血或凝固狀況，經實驗室轉知衛教人員，須請檢測者重新抽取個人血液檢體

本人：_____ 已詳細瞭解上述檢測方法及其所可能產生的危險與利益，有關本檢測的疑問，業經衛教人員詳細予以解釋。本人同意接受檢測

註.

- 檢測結果是血液分析結果，並不是醫學診斷結果，而需由專業人員進行說明
- 未滿二十歲之檢測者或法律宣告禁治產權者，須由法定代理人簽名始生效

身分證字號： _____

法定代理人： _____

聯絡電話： _____

日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日

衛教人員簽署：

正楷姓名： _____ 聯絡電話： _____

日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日