|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **醫院管理局****乳癌病人血液BRCA1/2基因突變檢驗同意書** |  |  |
| 入院╱門診號碼︰ |  | 身份證號碼︰ |  |  |
| 姓名（英文）： |  |  |
| 姓名（中文）： |  |  |
| 出生日期︰ |  | 性別： |  | 部門︰ |  |  |
|  |  |

1. 本人已閱讀醫療人員提供有關*「乳癌病人血液BRCA1/2基因突變檢驗」*的資料單張，並已和醫療人員進行相關的討論。
2. 本人明白檢驗報告所得的結果和解讀，是基於現今的技術和知識，惟日後發展可能帶來新的啟發，或對有關結果有不同理解。
3. 本人明白可能出現的檢驗結果如下︰
4. **發現致病性突變：**若檢驗出致病性突變，本人極有可能患有遺傳性乳癌卵巢癌綜合症。
5. **沒有發現致病性突變：**表示對相關基因所作的分子診斷未能確定或成立，原因可能是在血液中沒有找到致病性突變，或因現有技術的局限性或其他未知因素。然而，此結果並不完全排除本人的血液樣本有BRCA1/2基因突變的可能性。
6. **不能確定致病性的基因變異 (Variant(s) of uncertain clinical significance)︰**表示發現有基因突變，但在現今的醫學遺傳學知識下，未能確定此基因突變會否導致任何疾病，或只屬於良性的多態性變異。多態性變異是指該突變會在多於1%的人口中出現，故對健康大抵不會有不良影響。假如檢驗結果是「不能確定致病性的基因變異」，醫生可能轉介本人接受遺傳諮詢及進一步的基因遺傳檢驗，但即使如此，亦未必可以得出肯定的結論。
7. 本人明白檢驗結果有可能對本人及╱或家人帶來影響，例如保險申請及心理或社交方面。
8. 本人同意醫院管理局就乳癌治療進行血液BRCA1/2（生殖細胞）突變檢驗。
9. 若本人喪失決定能力或不幸身故，而未能得悉檢驗結果，本人同意在本人的檢驗報告發出後的三個月內，有可能會向提出請求的指定受託人披露結果。

指定受託人姓名及聯絡方法︰\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 負責簽署本同意書的醫生已向本人詳細解釋此項突變檢驗的性質、好處和後果，以及對本人和家人的潛在風險及影響。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 病人簽署 |  | 病人的父或母或監護人╱根據「精神健康條例」的法定監護人簽署 |
|  |  |  |
| 醫生簽署 |  | 醫生姓名正楷及職級 |
|  |  |  |
|  見證人簽署 |  | 見證人姓名正楷(及職級，如適用) |
|  |  |  |
| 簽署日期 |  |  |