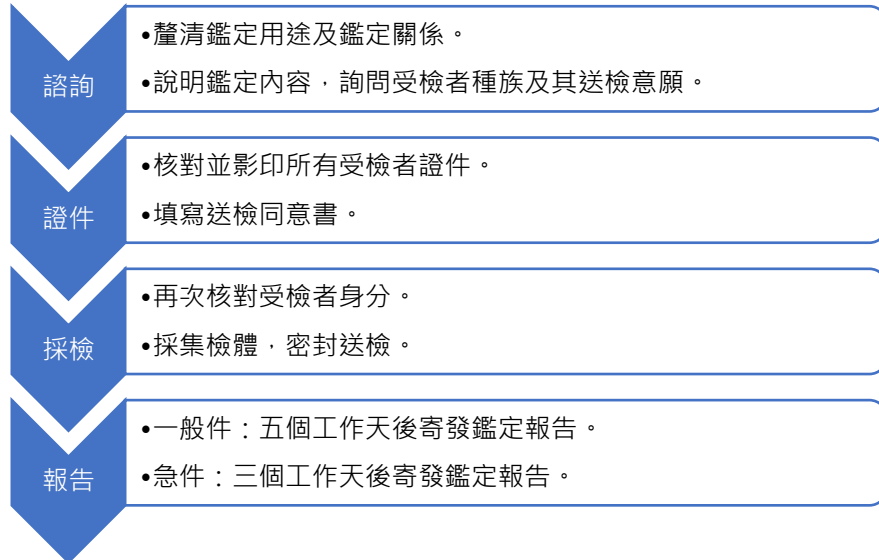


## 親緣鑑定流程



一、受檢者須攜帶**身分證明文件正本**，且由**本人親自**到院進行資料填寫及檢體採集。**(非台灣人)**之受檢者欲進行鑑定，**須事先詢問實驗室**，待確認資料庫後才可收件)

身份證明文件如下：

(a) **本國籍**：成人出示『身分證』；尚無身分證者，出示『戶口名簿』；新生兒未入戶籍者，則出示『出生證明』。

(b) **非本國籍**：大陸籍(含港澳)出示『入台證』，其他國籍則出示『護照』；新生兒則另須出示『出生證明』；未成年者另須出示含有法定代理人相關證明之文件，始得受理。

**\*未成年者(未滿 18 歲)需有法定代理人陪同**，請法定代理人亦攜帶身分證明文件以供查驗。

**\*\*法律件建議受檢者於現場進行拍照檢附。**

二、醫師諮詢受檢者欲鑑定之案由，並於『親緣鑑定送檢單暨同意書』(以下簡稱“送檢同意書”)之鑑定關係進行勾選。

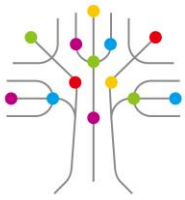
(1) 父子(女)鑑定：系爭父親與欲確認親緣關係之子女。

(2) 母子(女)鑑定：系爭母親與欲確認親緣關係之子女。

(3) 父母子(女)鑑定：父母皆未知狀況下，欲確認其親緣關係。

(4) DNA 型別建檔：僅針對基因位點進行實驗並留檔，不進行比對分析。

|      |  |      |  |
|------|--|------|--|
| 鑑定關係 | <input type="checkbox"/> 父子(女)鑑定 <input type="checkbox"/> 母子(女)鑑定<br><input type="checkbox"/> 父母子(女)鑑定 <input type="checkbox"/> DNA 型別建檔<br><input type="checkbox"/> 其他_____ (請說明) | 檢體種類 | <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 口腔黏膜細胞<br><input type="checkbox"/> 血片 <input type="checkbox"/> 其他_____ (請說明)<br><small>(成人以血液為主，幼兒以血片或口腔黏膜細胞為主)</small> |
| 送檢單位 | <b>父子(女)鑑定</b> ：若母親可提供檢體進行比對，<br>仍需填寫送檢同意書，並於鑑定關係勾選<br>『父子(女)鑑定』。  |      |  |
| 送檢醫師 |  |      |  |



三、採檢人員須核對所有受檢者身分與證明文件正本是否**相符**，再將證明文件影印並浮貼於送檢同意書上，如證件過大可黏貼於背面或隨表附上。

| 證明文件影印浮貼 (採檢人員應先核對正本證件與受檢者本人相符)  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 本國籍請浮貼身分證正反影印本<br>(尚無身分證者請附上戶口名簿影印本，新生兒請附 <b>已填姓名</b> 之出生證明書) | <div style="border: 2px solid green; padding: 5px;"> <p>證明文件需有照片進行身分核對，無照片者需於現場拍照附上，惟新生兒及幼童可蓋手指印或掌印於此欄位取代照片。</p> </div> |
| <input type="checkbox"/> 大陸籍(含港澳)請浮貼入台證件影印本  |   |
| <input type="checkbox"/> 其他國籍請浮貼護照影印本  |   |
| <input type="checkbox"/> 證明文件若無照片，請附上現場拍攝之受檢者照片<br>(新生兒及幼童可加蓋手指印或掌印取代照片)               |   |
| (若證件過大可以貼於背面或隨表附上)   |   |

四、請**每位受檢者**親自填寫『親緣鑑定送檢單暨同意書』之個人資料，詳閱委託同意事項並**簽章**。

1. 受檢者資訊：各欄位請務必填寫完整，如受檢者無書寫能力，請由法定代理人代為填寫。

**\*提供產前檢體(如羊水、絨毛、臍帶血)之母親需再填一份送檢同意書。**

|                                 |   |                                      |  |     |     |
|---------------------------------|---|--------------------------------------|--|-----|-----|
| 受檢者姓名<br><small>(以正楷填寫)</small> |   | 性 別                                  | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女  | 病歷號 |     |
| 身分證字號<br><small>(護照號碼)</small>  |   | 生 日                                  | 西元   | 年   | 月 日 |
| 種 族                             | <input type="checkbox"/> 台灣人 <input type="checkbox"/> 中國人 <input type="checkbox"/> 日本人<br><input type="checkbox"/> 越南人 <input type="checkbox"/> 其他 <small>(請說明)</small> | 稱 謂                                  | <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 胎兒 <input type="checkbox"/> 其他_____ |     |     |
| 聯絡電話                            |   | 最近三個月是否有接受輸血或進行骨髓移植                  | <input type="checkbox"/> 是 (若是須採 <b>口腔黏膜細胞</b> )<br><input type="checkbox"/> 否   |     |     |
| 通訊地址                            |   | <b>受檢者近期若有接受輸血或骨髓移植，請務必採集口腔黏膜細胞。</b> |  |     |     |

2. 同意書簽署：

(1) 立同意書人即受檢者本人，若受檢者無法簽名，可由法定代理人代簽。

(2) 未成年 (未滿 18 歲) 受檢者須有**父母雙方**即法定代理人之同意。

**\*若法定代理人一方因故未到，偕同之法定代理人須另填寫『親緣鑑定切結書』。**

|                      |                           |
|----------------------|---------------------------|
| 立同意書人/受檢者：_____ (簽章) | 如需代簽，代簽者請簽受檢者姓名，旁邊標註“代”。  |
| 法定代理人：_____ (簽章)     | 簽署日期：西元_____年_____月_____日 |

受檢者未成年，才需有父母雙方簽署此欄位。

### 五、檢體採集與密封：

#### 1. 檢體類別：

- (a) 一般檢體：血液、口腔黏膜細胞及血片。
- (b) 產前檢體：羊水、絨毛及臍帶血。
- (c) 其他檢體：胎盤、臍帶、組織及 DNA。

**\*大人以血液為主；幼兒以血片或口腔黏膜細胞為主。\***

#### 2. 檢體採集前，採檢人員需準備受檢者資料標籤、採檢容器及檢體盒。

#### 3. 採檢人員再次核對受檢者身分，進行檢體採集，並於送檢同意書紀錄採檢日期、檢體種類、採檢人員與採檢單位。

\*採檢方式請依據慧智網站“採檢注意事項”之內容。

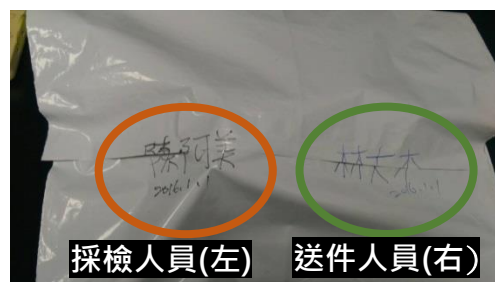
(至 <http://www.sofivagenomics.com.tw/zh-tw/Download> 檔案下載，選擇採檢注意事項。)

#### 4. 採集完之檢體放置檢體盒中(羊水檢體及口腔棉棒請放置專用保麗龍盒)。

#### 5. 採檢人員完成送檢同意書簽章與檢體確認後，將檢體盒及相關文件放入慧智防拆封快遞袋，密封後於快遞袋封口靠左側簽名寫日期，送件人員取件時於快遞袋封口靠右側簽名寫日期。(送件人員僅限慧智業務、送檢專員或配合之宅配/快遞人員；如為宅配/快遞人員直接取件，封口處則僅需採檢人員簽名)

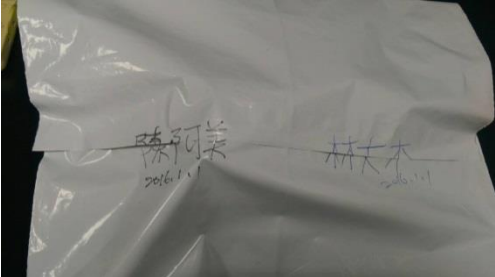
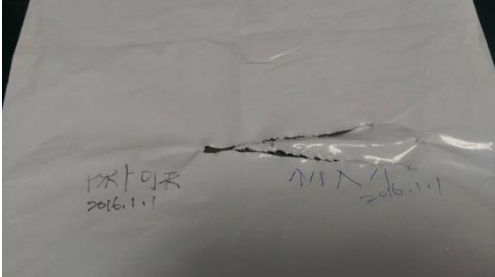


請確實密封，並於封口簽名寫日期。



六、實驗室收件：

由親緣鑑定檢測人員負責簽收及拆封，確認檢體完整且所需文件齊全方可進行檢測。

| 收件標準  | 需退件，請重新採檢   |
|---|---|
| <p>(1) 快遞袋密封完整，相關人員簽名皆吻合。</p>  | <p>(1) 快遞袋破損，或人員簽名筆畫未對齊。</p>  |
| <p>(2) 檢體標示清楚，並與送檢同意書內容相符。</p>  | <p>(2) 檢體無標示、標示不清，或標示與送檢同意書內容不符。</p>  |
| <p>(3) 送檢同意書填寫完整且所需文件齊全。</p>  | <p>(3) 送檢同意書無受檢者簽名，或所需文件不完整。</p>  |

七、報告領取：

本實驗室將報告放入**防拆快遞袋**再行寄送至送檢單位，以確保寄送過程報告不被擅改或置換。院所可於收到時確認報告完整性，再請受檢者回診領取報告。

\*一般件為五個工作天，急件為三個工作天，以上工作天數由實驗室收件日起算，且不包含報告寄送時間。

八、如有其他親緣鑑定相關問題，歡迎來電或來信詢問。

諮詢電話：(02)2382-6615 分機 6907

電子郵件：mt@sofiva.com.tw