

國泰綜合醫院人體生物資料庫

檢體入庫申請單

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 時間： _____ : _____ AM/PM

病人姓名： _____ 病歷號碼： _____ 性別： _____ 年齡： _____

檢體來源/部位： _____

臨床診斷： _____

備註： _____

參與者同意書： 已取得

採集者： _____ (簽章) 連絡電話： _____

本欄由人體生物資料庫處理人員填寫：

BIOBANK 編號	檢體 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 / 類別			備註
	<input type="checkbox"/> 組織檢體		<input type="checkbox"/> 其他檢體	
	<input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> FFPE <input type="checkbox"/> Snap <input type="checkbox"/> Fresh	<input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Non-Tumor	<input type="checkbox"/> Blood <input type="checkbox"/> _____	
	<input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> FFPE <input type="checkbox"/> Snap <input type="checkbox"/> Fresh	<input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Non-Tumor	<input type="checkbox"/> Blood <input type="checkbox"/> _____	
	<input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> FFPE <input type="checkbox"/> Snap <input type="checkbox"/> Fresh	<input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Non-Tumor	<input type="checkbox"/> Blood <input type="checkbox"/> _____	
	<input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> FFPE <input type="checkbox"/> Snap <input type="checkbox"/> Fresh	<input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Non-Tumor	<input type="checkbox"/> Blood <input type="checkbox"/> _____	
	<input type="checkbox"/> OCT <input type="checkbox"/> FFPE <input type="checkbox"/> Snap <input type="checkbox"/> Fresh	<input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Non-Tumor	<input type="checkbox"/> Blood <input type="checkbox"/> _____	

人體生物資料庫處理人員： _____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日 時間： _____ : _____ AM/PM