



腸道菌叢分析 採檢須知

1. 填寫背面採檢問卷

2. 採檢

- 採檢瓶內的保存液請勿打翻或倒掉。
- 如遇到月經期間或月經結束後三天內，請勿採集。
- 於自然狀態下，有便意時採集即可。
- 請勿採集液態狀糞便。
- 採集時，請先將尿液排出沖掉。



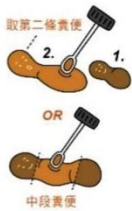
Step 1.

在採檢瓶上填寫姓名與採檢日期。



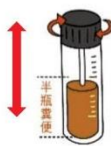
Step 2.

鋪放衛生紙於馬桶內，建議往前坐或反坐，解便於衛生紙上，避免糞便與水接觸。



Step 3.

利用糞便採檢瓶的採檢勺挖取約一採檢勺的糞便於採檢瓶內。(盡量採集中後段或第二條糞便)



Step 4.

請旋緊採檢瓶蓋，上下翻轉十下，均勻混和。



Step 5.

塞入所附泡棉後再放入黑色夾鏈袋。



Step 6.

黑色夾鏈袋連同採檢問卷，於採檢後2日內送回醫療、健檢單位。



腸道菌叢分析採檢問卷

姓名：	電話：
身份證字號：	採檢日期：

採檢前須注意：

- 三餐按照一般飲食即可
- 為確保檢測結果的準確性，如有定期服用以下項目（**不需要停止服用**），請務必填寫

- 藥物：1. 名稱_____（例如高血壓用藥），每週服用天數_____天。
2. 名稱_____（例如高血壓用藥），每週服用天數_____天。
- 抗生素：名稱_____（例如青黴素），每週服用天數_____天。
- 益生菌產品：名稱_____（例如台糖活寡糖），每週服用天數_____天。
- 優酪乳：名稱_____（例如統一AB優酪乳），每週服用天數_____天。
- 以上皆無

3. 個人習慣

- 抽菸： 無 已戒菸 有，已抽_____年
- 喝酒： 無 已戒酒 有，已喝_____年
- 檳榔： 無 已戒掉 有，已嚼_____年

4. 個人病史（ 無特別病史 有，下列請打勾）

- 心血管疾病 糖尿病 高血壓 高血脂 便秘 腹瀉 痛風
- 過敏 肺結核 中風 B型肝炎 C型肝炎
- 癌症 _____ 癌 其他_____

4. 家族病史（ 無特別病史 有，下列請打勾）

- 心血管疾病 糖尿病 高血壓 高血脂 痛風 過敏
- 肺結核 中風 B型肝炎 C型肝炎
- 癌症 _____ 癌 其他_____

採集糞便後，請送回原本的醫療、健檢院所

院所： 衛生福利部臺中醫院

地址： 台中市西區三民路一段 199 號 11 樓

聯絡電話： 04-22294411 分機 3188-3190

檢驗編號: _____

粗框內由受檢者親自詳填	受檢者基本資料	姓名	出生日期	民國 年 月 日	身分證字號 (護照號碼)		
		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身高	公分	體重	公斤	血型
		通訊地址					
		聯絡電話	住家	手機		E-mail	
院所填寫	聯絡人	姓名	手機	關係	建議填寫受檢者之法定代理人		
	採檢資料	送檢院所	主治醫師	病歷號碼			
		採檢日期	民國 年 月 日	送檢日期	民國 年 月 日		

本人向貴院申請進行 腸道菌叢分析 (以下簡稱本檢測)，已充分了解並同意以下事項：

1. 本人確實按照採檢說明書，進行樣本採檢。
2. 本檢測將根據您當次所提供之樣本，進行腸道菌叢分析，評估您的腸道菌群與健康資訊，並保證資訊客觀公正且確實來自您的送檢樣本。
3. 腸道菌相會因為飲食、環境、生活習慣與身體狀況等情形，而隨之變動。因此分析報告結果謹代表您當次送檢樣本的檢測結果及評估。**本分析報告僅代表您的腸道菌相及相關健康風險的評估，供您作為健康管理之參考。如有疑慮，請諮詢相關醫師，進行詳細的檢查。**
4. 受檢者為知情同意下，進行本檢測。在採檢過程及知曉檢測結果後，受檢者可能出現的精神負擔與身心狀態之改變，本單位不承擔相應責任。
5. 由於檢測報告屬於個人隱私，本單位會依個人資料保護法，維護每位受檢者的個人隱私；受檢者須妥善保管檢測報告，避免個人資訊洩露，但因受檢者造成的資訊外洩，本單位不承擔相應責任。
6. 檢測分析皆有其科學上之侷限性，過程中因不可抗力之因素(包括樣品採檢汙染、自然災害等)導致的檢測結果偏差，本單位不承擔相應責任。
7. 本人同意送檢單位與檢測單位於醫療、照護服務或個人資料保護法之特定目的下，得蒐集、處理或利用本人之病歷、醫療、基因、健康檢查等個人資料，並授權醫院及檢測機構對檢測涉及的糞便檢體和醫療廢棄物等進行處理。
8. 本人同意於送檢單上完整提供身分證字號、生日、電話號碼，供醫院與檢測單位進行案件歸檔與結果聯絡使用。
9. 本人 同意 不同意 去掉所有個人資料後，檢測資料可供研究參考。
10. 本人或家屬經醫師解釋說明後，已充分瞭解全民健康保險無法支付此項費用，需自行負擔。對此本人同意自費進行本檢測，不得再向院方或健保局，提出任何異議或要求退費，並已詳細閱讀且認可上述內容，瞭解本檢測項目內容及其侷限性。

受檢者親簽: _____ 日期: _____年____月____日

(以下由檢驗單位填寫)

收檢人員簽章	收檢時間	年 月 日 時 分	<input type="checkbox"/> 立案 <input type="checkbox"/> 補件 <input type="checkbox"/> 退件
備註			