

接受C型肝炎抗體快速篩檢同意書

本人_____經過說明，已充分瞭解並同意遵守以下接受C型肝炎抗體快速篩檢之相關事項：

1. 本人瞭解採血過程中可能有輕微疼痛感。為確保檢驗品質及準確度，若遇血液檢體不良時（血量不足、溶血），將重新採檢。
2. 本人瞭解篩檢結果將提供醫師做為臨床診斷及後續治療追蹤之參考。
3. 本人同意本次篩檢相關資料（姓名、身分證字號、生日）與檢驗結果將為衛生福利部及相關所屬機關於促進醫療及公共衛生之必要範圍內蒐集、處理，以及利用於疾病監測、流行病學分析、政策評估、轉銜治療及查詢、個案追蹤健康管理之使用。
4. 本人同意將本次篩檢相關資料（姓名、身分證字號、生日）與檢驗結果，提供予衛生福利部中央健康保險署做為載入健保醫療資訊雲端查詢系統與本人健康存摺之用。
5. 本人瞭解衛生福利部及相關所屬機關行蒐集、處理及利用時，會依循個人資料保護法及相關法規辦理。

此致

_____（醫療院所名稱）、_____（衛生局名稱）、

國民健康署、衛生福利部

立同意書人簽名：_____

出生年月日：中華民國_____年_____月_____日

身分證（居留證）字號：_____

中華民國_____年_____月_____日