

样本采集说明

请务必仔细阅读以下说明。未能正确遵守这些说明可能会影响样本或检测结果的有效性。

我们建议仅在妊娠达到至少 7 周后采样, 以末次月经第一天计算(49 天)。

采集所需血液样本前无需禁食。

注意: 母亲的血液样本必须由医生、护士等具有资质的专业人员采集。父亲的口腔拭子样本可由检测参与者本人按照说明在家中采集。

注意事项(请仔细阅读)

- 预约前请联系我们的客户服务团队, 以便安排方便的血液样本取件时间。强烈建议血液样本在采集当天寄出。
- 建议尽可能在当天较早时间完成血液采集。寄送血液样本时只能使用试剂盒提供的快递袋。
- 不得使用试剂盒以外的其他血液采集管。
- 请确保提供正确数量的血液样本。
- 父亲的样本可以在家中按照提供的说明完成采集。
- 请确保样本提交表已经完成, 所有要求的信息均已填写。

采样试剂盒内包含以下物品:

1 份知情同意书	1 份快递采集说明
1 份样本采集说明	1 个退回快递袋
1 个拭子信封	1 个安全封条
6 支拭子	1 个生物危害袋
2 个吸收垫	1 个试管固定架
2 支 10 mL 血液采集管	

样本采集说明

DNA 血液样本采集说明:

产前亲子鉴定需要采集母亲的血液样本, 必须由医生、护士或采血专业人员采集。

父亲的样本必须使用试剂盒中提供的口腔拭子采集, 可在家中按照所提供的说明完成。

母亲血液样本采集流程

- 预约具有血液采集资质的人员进行采血，并携带样本采集试剂盒。
- 母亲的血液必须分别采集到试剂盒提供的两支 10 mL 采血管中，一支用于检测，一支作为备用；两支试管均须清楚标注必要信息。
- 请在预约前或预约期间认真填写知情同意表。
- 采血并完成标记后，医生或护士应手动轻轻旋转每支试管，使血液、抗凝剂和稳定剂充分混合。然后将两支试管放回试管固定架，并在上方放置吸收垫。
- 两支试管均必须装满。第二支试管作为备用，以防主要样本检测失败或受损。

父亲口腔样本采集流程

- 采集口腔拭子前至少 1 小时不要进食、饮水、吸烟或嚼口香糖。
- 填写拭子信封及样本提交表的全部信息，包括要求的签名。
- 打开纸质包装并取出全部 6 支拭子，只能握住拭子的非泡沫端。
- 将泡沫头沿右侧脸颊内侧滚动约 1 分钟，确保覆盖整个内侧脸颊表面。
- 使用其中 3 支拭子重复采集右侧脸颊。
- 使用剩余 3 支拭子在左侧脸颊重复相同操作。必须提交全部 6 支拭子。
- 让拭子自然风干 1 小时，泡沫端朝上，不要接触任何表面。
- 将干燥后的拭子直接放入拭子信封，不要放回原包装。

样本寄回流程

- 将装有试管和吸收垫的试管固定架放入生物危害袋。
- 将生物危害袋放入提供的白色及蓝色盒子中。
- 放入装有父亲拭子和知情同意书的信封，但不要与血液样本一起放入生物危害袋。全部装好后使用提供的封条封好盒子。
- 将封好的白蓝色盒子放入快递袋，并记录追踪号码。
- 过高温度可能导致样本失效，请保持样本在室温条件下。
- 请正确关闭并密封快递袋，否则可能导致样本在运输途中丢失并需要重新采样。
- 样本寄出后联系我们确认，并提供案件编号。

产前亲子鉴定——样本提交表

案件编号: _____

母亲信息	
姓名:	身份证件号码:
姓氏:	族裔: ☐ 高加索人 ☐ 西班牙裔 ☐ 黑人 ☐ 亚洲人 其他(请注明): _____
孕周(根据末次月经计算): _____ 周	
知情同意确认: I, the undersigned, certify that I have read, understood and agree to the terms and conditions presented in this kit. With my signature I certify that the information provided on this form and blood samples is true and correct. I acknowledge that I was born on ____ / ____ / ____ (DD/MM/YY) and am eighteen (18) years of age or older and willfully consent to this test.	
母亲签名: _____	日期: ____ / ____ / ____

指定父亲 #1 信息	
姓名:	身份证件号码:
姓氏:	族裔: ☐ 高加索人 ☐ 西班牙裔 ☐ 黑人 ☐ 亚洲人 其他(请注明): _____
知情同意确认: I, the undersigned, certify that I have read, understood and agree to the terms and conditions presented in this kit. With my signature I certify that the information provided on this form and buccal samples is true and correct. I acknowledge that I was born on ____ / ____ / ____ (DD/MM/YY) and am eighteen (18) years of age or older and willfully consent to this test.	
指定父亲 #1 签名: _____	日期: ____ / ____ / ____
指定父亲 #2 信息(如需要)	
姓名:	身份证件号码:
姓氏:	族裔: ☐ 高加索人 ☐ 西班牙裔 ☐ 黑人 ☐ 亚洲人 其他(请注明): _____
知情同意确认: I, the undersigned, certify that I have read, understood and agree to the terms and conditions presented in this kit. With my signature I certify that the information provided on this form and buccal samples is true and correct. I acknowledge that I was born on ____ / ____ / ____ (DD/MM/YY) and am eighteen (18) years of age or older and willfully consent to this test.	
指定父亲 #2 签名: _____	日期: ____ / ____ / ____

产前亲子鉴定——样本提交表

案件编号: _____

采样中心/具备资质的采样人员(#1)	
中心名称:	采样人员姓名:
地址:	采样人员签名:
电子邮箱:	_____
电话:	日期: ____ / ____ / ____ 时间: _____

采样中心/具备资质的采样人员(#2)	
中心名称:	采样人员姓名:
地址:	采样人员签名:
电子邮箱:	_____
电话:	日期: ____ / ____ / ____ 时间: _____

重要信息(必须填写)

- 过去一年内是否接受异体输血: *☐否 ☐是
- 过去一年内是否接受骨髓或器官移植: *☐否 ☐是
- 一个月内是否接受免疫治疗、干细胞治疗等: ☐否 ☐是
- 过去3个月内是否有流产史: *☐否 ☐是
- 是否进行减胎: *☐否 ☐是
- 是否涉及代孕: *☐否 ☐是
- 是否进行体外受精(IVF): *☐否 ☐是

外源性 DNA 的引入可能影响检测结果, 例如异体输血、移植、异体细胞治疗等。

近期流产和减胎可能导致残留 DNA, 从而影响检测结果。

以下情况不适合进行本项检测: 多胎妊娠(超过双胞胎); 患有癌症的孕妇; 患有先兆子痫的孕妇; 患有先天性免疫疾病的孕妇。

重要: 参与本次检测的人员 ☐ 曾经 ☐ 未曾过去三个月内接受输血或干细胞/骨髓细胞移植。如有, 请提供详细信息。

详细信息: _____

检测申请人/指定人员: _____ 电子邮箱: _____ 电话: _____

签名: _____ 签署日期: ____ / ____ / ____ (日/月/年) 备注: _____

退回您的样本

— 请按照以下说明操作 —

请联系我们, 通过 FedEx/DHL 安排样本取件, 并确认选定的日期和时间。

除非本次订单的试剂盒中已经包含相关文件, 否则预约取件时请索取运输文件并打印出来。

请仔细按照以下说明操作

- 收到试剂盒后, 预约采血专业人员。
- 至少在预约时间前 24 小时, 通过电子邮件向客户服务团队提供 FedEx/DHL 取件日期、时间和地址, 并打印所有运输文件; 如果试剂盒中没有包含, 请告知我们。
- 将样本放入试剂盒提供的运输袋。
- 将运输文件与样本一起交给 FedEx 或 DHL。

您的血液样本必须在采血预约当天寄出。

如果您不确定上述流程, 请立即联系我们。

Hello@kinoradna.com