



**费城市
法医办公室 (MEDICAL EXAMINER'S OFFICE)
毒理学实验室 (TOXICOLOGY LABORATORY)**

为了死者的 DNA 样本能够被发放以便进行分析，死者最近亲属将需要填写完成 *DNA 检测同意书* 表格。除了填写完成检测同意书之外，死者最近亲属还需要选择一个实验室进行 DNA 检测。该表格 **必须** 包括所选进行 DNA 检测的实验室的名称、地址和电话号码以及实验室参考编号（如若知道）。所选进行 DNA 检测的实验室将向法医毒理学实验室发送适用的工具来转移样本。**请注意，法医毒理学实验室不进行 DNA 检测。**

自 2017 年 4 月 1 日起，我们毒理学实验室将会无限期地保存 DNA 检测的血液样本。如果死者的死亡日期 *早于* 2017 年 4 月 1 日，DNA 的血液样本将从死亡之日起保存 一年。如果无可用的血液样本，我们将从死亡之日起保存组织样本 一年。有可能存在一些 DNA 样本不可用的情况。

在死者最近亲属没有填写完成 *DNA 检测同意书* 表格以及未选择进行 DNA 检测的实验室之前，我们不会发放任何的样本。如果见不到死者的最近亲属或其拒绝同意样本的发放，那么需要法院指令来发放样本。

如果不确定谁是最近亲属，请见以下优先序排列：

1. 死者的法定配偶
2. 死者的成年子女（们）（不得小于 18 岁）
3. 死者的父母
4. 死者的成年兄弟姐妹（们）（不得小于 18 岁）

（适用于父系亲属检测：请注意，孩子的母亲不被认定为最近亲属，除非其属于以上所列类别的一类。）

如果您关于此 *DNA 检测同意书* 表格的填写有任何的疑问，您可以致电 215-685-7456 联系法医办公室。

如果您亲手将此表格递交至我们办公室，则无需对此表格进行公证，但是需要提供身份证明。如果通过邮寄递交，则 **必须** 对此表格进行公证并将其递送至：

**Medical Examiner's Office – Record Room
321 S. University Ave.
Philadelphia, PA 19104**

所选进行 DNA 检测的实验室如有任何疑问，应致电 215-685-7460 联系法医毒理学实验室。一旦我们核实了这一同意书（或法院指令）并收到样本收集工具，我们将发放此用于检测的样本。**法医毒理学实验室不接收任何 DNA 检测结果。**



费城市
法医办公室 (MEDICAL EXAMINER'S OFFICE)
毒理学实验室 (TOXICOLOGY LABORATORY)
321 University Avenue
Philadelphia, PA 19104

DNA 检测同意书

需由死者法定监护人/最近亲属填写完成的死者信息

死者姓名: (印刷体) _____ 男性 女性
名字 中间名 姓氏

死者出生日期: (月/日/年) _____ / _____ / _____

死者死亡日期: (月/日/年) _____ / _____ / _____ 法医办公室 (MEO) 案例参考编号 _____
(如可用)

DNA 检测类型:	所选进行 DNA 检测的实验室: (请打印)	
<input type="checkbox"/> 父系亲属	名称: _____	电话号码: _____
<input type="checkbox"/> 母系亲属	地址: _____	电子邮件: _____
<input type="checkbox"/> 其他	城市/州/邮政编码: _____	参考编号: _____ (如可用)

本人, _____ 是 _____ 的 _____,
(姓名) (死者) (关系)

同时批准样本的发放, 以进行 _____ DNA 检测。
(检测类型)

签名 (近亲属/监护人)

日期 (月/日/年)

地址

电话号码

如果您在法医办公室人员面前对此文件进行的签署, 则此文件无需进行公证 (需提供身份证件)。

公证人:



_____ 州 _____ 县

据此证明, _____ 于 20__ 年 _____ 月 _____ 日, 亲临本人 _____ (下面签名的官员) 面前, 据我所知 (或经充分证明) 此人是签署本文件的当事人并确认 _____ 为了文件中所蕴含的目的已进行了签名。

兹此, 本人谨此署名并加盖公章。

公证人签名

For MEO use only/仅供 MEO 使用:	
_____	_____
(Type of ID/ID number)	(MEO employee signature)