산전기형아 선별검사의뢰서

의뢰기관		수 진 자		생년월일	
		차트번호		과 / 병동	
검사의뢰일	20 년 월 일			담당의사	

바코드 부착

임상정보	체 중 : kg	초음파주수 (BPD) : 주 일	LMP 주수 : 주 일
	민 족 : ☐ 한국 ☐ 기타 ( )	최종월경일 :	당뇨 여부 : ☐ YES ☐ NO
	CRL : mm	NT : mm	재검 여부 : ☐ YES ☐ NO
	태아수 : ☐ 단태아 ☐ 쌍태아(일란성) ☐ 쌍태아(이란성) ☐ 다태아(3명이상)		기 왕 력 : ☐ Down ☐ ONTD
검체종류	☐ 혈 청 ☐ 양 수 ☐ 기 타 ( )		
기타사항			

임신 초기 검사 (임신 10주~13주6일)		검체량
☐ First double maker (PAPP-A, hCG, NT)		혈청 1.0 mL
☐ Integrated test 1차 (PAPP-A, NT)	검체 채취일시 : 20 년 월 일 시	
☐ Sequential test 1차 (PAPP-A, hCG, NT)		

임신 중기 검사 (임신 14주~22주6일)		검체량
☐ MS-AFP (AFP)		혈청 1.0 mL
☐ Triple maker (AFP, uE3, hCG)		
☐ Quad test (AFP, uE3, hCG, Inhibin A)		
☐ Integrated test 2차 (AFP, uE3, hCG, Inhibin A)	검체 채취 예정일 : 20 년 월 일 시	
	검체 채취일시 : 20 년 월 일 시	
☐ Sequential test 2차 (AFP, uE4, hCG, Inhibin A)	검체 채취 예정일 : 20 년 월 일 시	
	검체 채취일시 : 20 년 월 일 시	

정밀 검사 (임신 15주~22주)		검체량
의뢰사유	☐ AFP (양수) ☐ Acetylcholinesterase (정성)	양수 2.0 mL
	☐ 산전 검진 선별검사 양성 ☐ ONTD (양성) ☐ MS AFP증가 ☐ 35세 이상 ☐ 기 타 ( )	

기형아 선별검사 동의서

1. 본인은 임신초기 또는 중기에 시행되는 산전 기형아 선별검사가 다운증후군, 에드워드증후군, 개방형신경관결손 태아를 선별하는 검사임을 잘 이해합니다.(다운증후군 발견율 – First double marker : 약 80%, Triple marker : 약 60%, Quad test : 약 80%, Integrated test : 약 92%, Sequential test : 약 92%)
2. Integrated test 및 Sequential test 는 기존의 선별검사보다 다운증후군 발견율이 높은(92~94%)효율적인 검사입니다. Integrated test 는 임신초기 검사(1차:임신10주~13주) 진행 후에는 결과 보고가 되지 않고, 임신중기 검사(2차:임신14주~22주)진행이 끝난 후 통합분석하여 결과를 7일내 보고하고, Sequential test 는 임신초기 검사(1차) 후 결과를 보고하고, 1차 결과가 저위험군인 경우 임신중기 검사(2차)를 한 후 통합분석한 결과를 보고한다는 사실을 이해합니다.
3. 본인은 산전 기형아 선별검사에서 다운증후군과 에드워드증후군의 위험도가 높게 나타날 경우 정밀검사로 양수를 이용한 염색체분석을 시행해야만 태아를 진단할 수 있다는 사실을 이해합니다.
4. 본인은 산전 기형아 선별검사에서 개방형신경관결손 태아의 위험도가 높게 나타날 경우 양수 AFP검사, 양수 Acetylcholinesterase 검사, 양수 염색체검사, 정밀 초음파검사 등 추가검사가 필요하다는 것을 잘 알고 있습니다.
5. 본인은 산전 기형아 선별검사를 본인의 필요에 의해 요청하며, 원하지 않을 경우 언제라도 검사를 거부할 수 있음을 잘 알고 있습니다.
6. 본인은 산전 기형아 선별검사 시 결과가 저위험군으로 보고되어도 이것이 100% 정상태아를 보증하는 것이 아니라는 사실을 잘 이해합니다.
7. 본인은 본 검사의 필요성과 한계점을 잘 이해하며 본인의 질문에 대하여 담당 주치의로부터 상세한 설명을 듣고 본 검사를 신청합니다.

SD 의학연구소
www.sdmri.co.kr
경기도 용인시 기흥구 동백중앙로 53-21 (중동)
Tel. 031) 283-9270 Fax. 031) 283-9080

신청일 : 년 월 일 산모이름 : (서명)

검체검사기관기호: 41388127
SD-검사의뢰서-07 Rev.(1)2023.12.18