

세포유전 검사뢰서 및 유전자 검사 동의서

의뢰기관	수진자	생년월일 (M/F)	바코드 부착
	차트번호	과/병동	
검체채취일	20년월일AM/PM	담당의사	
검사의뢰일	20년월일AM/PM	검체종류	<input type="checkbox"/> Amniotic fluid(AF) <input type="checkbox"/> Peripheral blood(PB) <input type="checkbox"/> Other ()

검사항목

염색체검사	<input type="checkbox"/> 양수(AF)	<input type="checkbox"/> 말초혈액(Heparin WB)	<input type="checkbox"/> 제대혈	<input type="checkbox"/> 융모막(CVS)	<input type="checkbox"/> 태아조직
QF-PCR	<input type="checkbox"/> 21(PCR)	<input type="checkbox"/> 21, 18, 13(PCR)	<input type="checkbox"/> 21, 18, 13, X, Y(PCR)	※상기검사는 QF-Ch(AF)와 반드시 함께 의뢰 요망.	
관련검사	<input type="checkbox"/> AFP(양수)	<input type="checkbox"/> AChE(Acetylcholinesterase)	<input type="checkbox"/> Fragile X 선별검사		

임상정보(수진자의 염색체 배양, 판독, 결과 해석에 매우 중요하므로 해당사항을 빠짐없이 정확하게 기록하여 주시기 바랍니다.)

임신주수	초음파 / LMP	주 일	태아수	<input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Twin <input type="checkbox"/> 기타()
염색체검사력	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 모름	가족력	<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 모름	
의뢰사유	<input type="checkbox"/> 고령산모 <input type="checkbox"/> 습관성 유산 <input type="checkbox"/> Screen Down(+) <input type="checkbox"/> Screen Edward(+) <input type="checkbox"/> Screen NTD(+) <input type="checkbox"/> Tumer SD <input type="checkbox"/> Previous abnormality <input type="checkbox"/> Thickened NT <input type="checkbox"/> Azoospermia <input type="checkbox"/> 시험관 아기 <input type="checkbox"/> 가족력 : <input type="checkbox"/> 선천성질환(질환명:) <input type="checkbox"/> 기타 :			
검사 목적과 상관없이 우연히 발견된 검사 결과 (incidental findings)를 보고 받을지 여부				<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오

검체 채취시 유의사항

- 모든 검체는 실온에 보관하시고, 채취 당일 검사실로 보내주십시오.
- 양수는 20mL 이상을 무균적으로 채취하여 무균용기/전용용기를 사용해 주십시오.
- 융모막, 수태산물은 반드시 무균적으로 채취하여 무균용기/전용용기를 사용해 주십시오.
- 말초혈액, 제대혈은 Heparin tube에 3~5mL 채취 후 응고되지 않도록 잘 혼합하십시오.
- Fragile X 선별검사 의뢰 검체는 반드시 EDTA tube에 3~5mL 채취 후 응고되지 않도록 잘 혼합하십시오.

유전자 검사 동의서

동의서 관리번호						■ 생명윤리 및 안전에 관한 법률 시행규칙 [별지 제52호서식]
검사대상자	성명			생년월일		
	주소			성별		
법정대리인	전화번호			관계		
	성명			유전자검사	검사목적	1. 질병진단 및 치료를 위한 유전자검사
유전자검사기관	전화번호			검사명		
	기관명	(재)에스디의학연구소		유의사항		
				전화번호	1670-9877	
본인은 『생명윤리 및 안전에 관한 법률』 제51조 및 같은 법 시행규칙 제51조에 따라 해당 유전자검사의 목적과 결과의 함의와 한계 등에 대하여 충분한 설명을 들어 이해하였으므로 위와 같이 본인에 대한 유전자검사에 자발적인 의사로 동의합니다.				년	월	일
검사대상자 :				(서명 또는 인)		
법정대리인 :				(서명 또는 인)		
상담자 :				(서명 또는 인)		
※동일한 대상 및 목적을 위한 추가적인 유전자검사에 대해서는 별도의 동의서 작성없이 아래 서명만 추가할 수 있습니다.				년	월	일
검사대상자 :				(서명 또는 인)		
법정대리인 :				(서명 또는 인)		
상담자 :				(서명 또는 인)		
				구비서류	법정대리인의 경우 법정대리인임을 증명하는 서류	