

세포유전 검사의뢰서 및 유전자 검사 동의서

의뢰기관		수 진 자	생년월일	(M/F)	바코드 부착
		차트 번호	과 / 병동		
검체채취일	20 년 월 일 AM/PM	담당 의사			
검사의뢰일	20 년 월 일 AM/PM	검체종류	<input type="checkbox"/> Amniotic fluid(AF) <input type="checkbox"/> Other (<input type="checkbox"/> Peripheral blood(PB)

검사항목

염색체 검사	<input type="checkbox"/> 양수(AF) <input type="checkbox"/> 말초혈액(Heparin WB)	<input type="checkbox"/> 제대혈	<input type="checkbox"/> 융모막(CVS)	<input type="checkbox"/> 태아조직
Q F - P C R	<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.	
관련 검사	<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	주일	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	<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"/> Turner 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:)					
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]
검사 대상자	성명	생년월일		
	주소			
법정대리인	전화번호	성별		
	성명	관계		
유전자검사기관	전화번호	유전자검사	검사 목적	1. 질병진단 및 치료를 위한 유전자검사
	기관명		검사명	
유의사항				

본인은 『생명윤리 및 안전에 관한 법률』 제51조 및 같은 법 시행규칙 제51조에 따라 해당 유전자검사의 목적과 결과의 함의와 함께 등에 대하여 충분한 설명을 들어 이해하였으므로 위와 같이 본인에 대한 유전자검사에 자발적인 의사로 동의합니다.

년 월 일
(서명 또는 인)

검사대상자 :
법정대리인 :
상담자 :

*동일한 대상 및 목적을 위한 추가적인 유전자검사에 대해서는 별도의 동의서 작성없이 아래 서명만 추가할 수 있습니다.

년 월 일
(서명 또는 인)

검사대상자 :
법정대리인 :
상담자 :

- 이 유전자검사의 결과는 10년간 보존되며, 법 제52조 제2항에 따라 본인이나 법정대리인이 요청하는 경우 열람할 수 있습니다.
- 유전자검사기관의 폐업 등 검사대상물 등을 보존할 수 없는 경우에는 검사대상물 및 검사동의서, 개인정보가 포함된 유전정보에 관한 기록물과 그 관리대장은 법에서 정한 절차에 따라 폐기됩니다. 다만, 보존 중에 검사대상자가 다른 검사기관이나 질병관리청으로 이관을 요청하는 경우에는 이관할 수 있습니다.
- 유전자검사기관은 동의 받은 목적 외 검사대상물 및 관련 정보를 보존·이용 또는 제공할 수 없습니다. 검사 후 남은 검사대상물을 연구목적으로 이용하기 위해서는 연구목적 및 분야, 제공되는 정보의 범위 등에 관한 구체적인 설명을 충분히 듣고 인체유래물연구 또는 허가받은 인체유래물은행에 기증하는 것에 동의하는 경우에 별지 제34호의 인체유래물연구 동의서 또는 별지 제41호의 인체유래물등의 기증 동의서를 추가로 작성하여야 합니다.
- 유전자검사기관 또는 검사를 의뢰하는 의료기관은 검사대상자에게 시행하려는 유전자검사의 목적 및 검사항목, 검사대상물의 관리방법, 동의의 철회 방법, 검사대상자의 권리 및 정보보호, 유전자검사기관의 휴업·폐업 시 검사대상물 및 관련 기록의 폐기 또는 이관에 관한 사항, 유전자검사 결과기록의 보존기간 및 관리방법, 유전자검사 결과의 한계 등을 충분하게 설명해야 합니다.

구비서류 법정대리인의 경우 법정대리인임을 증명하는 서류