

의뢰기관		주소				
수진자명		성별/나이	/	담당의사	(서명 또는 인)	
생년월일		차트번호		채취일시	20	년 월 일 시
식별코드		진료과/병동		의뢰일시	20	년 월 일 시

※ 해당되는 □공란에 √ 표시하여 주십시오.

검사명	<input type="checkbox"/> Routine Chromosome analysis					
검체종류 및 임상정보	검체종류	임상정보 및 의뢰사유 (※진단 및 주요소견은 정확한 판독을 위하여 반드시 기술해 주십시오)				
	<input type="checkbox"/> 양수 (Amniotic fluid) <input type="checkbox"/> 용모막 (Chorionic villi) <input type="checkbox"/> 제대혈액 (Cord blood)	<input type="checkbox"/> 혈액선별양성(Triple/Quad/Sequential등) (<input type="checkbox"/> Down <input type="checkbox"/> Edward <input type="checkbox"/> NTD)		<input type="checkbox"/> IUGR <input type="checkbox"/> 기타: ●임신주수: _____주_____일 ●태아수(<input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Twin)		
	<input type="checkbox"/> 말초혈액 (Peripheral blood)	<input type="checkbox"/> 염색체 질환의심(R/O): <input type="checkbox"/> 습관성 유산(횟수: _____회) <input type="checkbox"/> 불임 <input type="checkbox"/> 기타:		<input type="checkbox"/> 기타 특이 이학적소견 ●가족력 유무(<input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무)		
	<input type="checkbox"/> 골수(Bone marrow)	●진단명: ●주요소견:		●혈액검사 결과: ●항암치료력:		
	<input type="checkbox"/> 태아조직(Abortus)	●진단명:		●주요소견:		

	검체량	채취용기	보관방법
검체 채취 처리운송시 주의 사항	양수(Amniotic fluid):20ml	멸균 tube 사용 (모체세포 오염방지를 위해 첫 채취한 1~2ml은 버립니다)	실온보관
	말초혈액(Peripheral blood):5ml 골수(Bone marrow):3~5ml 제대혈액(Cord blood):3~5ml	멸균 heparin tube 사용	실온보관 (지연될 경우 4℃ 냉장보관)
	태아조직,용모막(CVS):0.5g	전용용기 사용(본원제공)	실온보관
	※ 모든 검체는 검체 채취 후 즉시 (24시간 이내) 처리되어야 합니다. ※ 유전자검사동의서를 반드시 첨부해 주십시오. ※ 검체제공자의 개인정보는 익명화되어야 합니다.		

■ 법정대리인으로부터 유전자검사 동의를 받은 경우 법정대리인임을 증명하는 서류를 확인하였음 (□예 □아니오)

검사기관 : 을지대학교 을지병원
검사기관기호 : 11101016

서울특별시 노원구 한글비석로 68
TEL:02-970-8348

[생명윤리 및 안전에 관한 법률] 제50조3항에 따라 위와 같이 유전자검사를 의뢰합니다.