

※ 필수입력항목입니다.

※의뢰기관		※주소	
※수진자명		성별/나이	/
※생년월일		※차트번호	
식별코드		※인종/민족	<input type="checkbox"/> 내국인 <input type="checkbox"/> 외국인 ()
		※담당의사	(서명 또는 인)
		※채취일시	20 년 월 일 시
		의뢰일시	20 년 월 일 시

※검사명	<input type="checkbox"/> HLA B27 <input type="checkbox"/> 기타:		
※검체종류	<input type="checkbox"/> 혈액 (EDTA) <input type="checkbox"/> 기타:		
임상정보	※가족력	<input type="checkbox"/> 유 (※가계도를 포함하여 구체적으로 기술) <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 모름	
	진단명		
	주요증상		
	임상검사결과		

검체 채취 처리 운송시 주의 사항	<p>1. 유전자 검사를 위한 말초혈액이나 골수검체는 EDTA 시험관에 채취하여 주십시오. (말초혈액:5ml, 골수:2ml)</p> <p>2. 모든 검체에는 환자의 인적사항을 기재하고, 검체 채취 후 가능한 신속히 (24시간 이내) 검사실로 운송하여 주십시오.</p> <p>3. 응고된 검체는 검사에 부적합하므로 검체가 응고되지 않도록 주의하여 주십시오.</p> <p>4. 유전자검사동의서를 반드시 첨부해 주십시오.</p> <p>5. 검체제공자의 개인정보는 익명화되어야 합니다.</p>
--------------------------	---

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