

※ 세포유전학 검사 의뢰 시에는 유전자검사 동의서를 반드시 첨부해야 합니다.(생명윤리법 제 51조)
 ※ 임상정보(환자의 염색체 배양, 판독, 결과해석에 매우 중요하므로 해당사항을 빠짐없이 기록하여 주시기 바랍니다.)

병원명		병원코드	
수진자명		생년월일	년 월 일
성별/인종	<input type="checkbox"/> 남 <input type="checkbox"/> 여 / <input type="checkbox"/> 황인종 <input type="checkbox"/> 백인종 <input type="checkbox"/> 흑인종	차트번호	
담당의사		진료과 · 병동	
채취일시	년 월 일 AM / PM :	의뢰일시	년 월 일 AM / PM :
병원 주소	(☎)		

산전 염색체		* 염색체 검사와 동시에 의뢰되는 항목입니다.	
검체	<input type="checkbox"/> 양수 <input type="checkbox"/> 용모막 (<input type="checkbox"/> Direct <input type="checkbox"/> Long <input type="checkbox"/> Direct+Long) <input type="checkbox"/> 수태산물 <input type="checkbox"/> 제대혈		
임신주수	주 일 <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Twin (<input type="checkbox"/> 일란성 <input type="checkbox"/> 이란성)		
연관 검사	Express* <input type="checkbox"/> QF-PCR 5종 <input type="checkbox"/> QF-PCR 3종 <input type="checkbox"/> QF-PCR 21		
	FISH* <input type="checkbox"/> FISH 21 <input type="checkbox"/> FISH 18 <input type="checkbox"/> FISH 13 <input type="checkbox"/> FISH 18+21 <input type="checkbox"/> FISH 13+18+21		
	<input type="checkbox"/> CATCH22 <input type="checkbox"/> Prader-Willi/Angelman syndrome <input type="checkbox"/> XY		
주요검사	<input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/> Acetylcholinesterase (AChE) <input type="checkbox"/> AFP+AChE		
의뢰사유	<input type="checkbox"/> Screen Down(+) <input type="checkbox"/> Screen Edward(+) <input type="checkbox"/> Screen Patau(+) <input type="checkbox"/> Screen NTD(+) <input type="checkbox"/> Thickened NT(mm)		
	<input type="checkbox"/> NIPT High risk: <input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> 고령산모(35세이상)		
	<input type="checkbox"/> Previous anomaly: <input type="checkbox"/> 초음파 이상 소견:		
	<input type="checkbox"/> 기타:		

말초혈액 염색체	
검체	<input type="checkbox"/> 말초혈액
연관검사 FISH	<input type="checkbox"/> CATCH22 <input type="checkbox"/> Prader-Willi/Angelman syndrome <input type="checkbox"/> Williams syndrome <input type="checkbox"/> XY
의뢰사유	<input type="checkbox"/> 습관성유산(회) <input type="checkbox"/> 시험관아기 <input type="checkbox"/> 반복착상실패(RIF) <input type="checkbox"/> 난임 <input type="checkbox"/> 불임 <input type="checkbox"/> Azoospermia
	<input type="checkbox"/> 성장지연 <input type="checkbox"/> 저신장 <input type="checkbox"/> R/O Turner syndrome <input type="checkbox"/> Primary amenorrhea <input type="checkbox"/> Precocious puberty
	<input type="checkbox"/> Down syndrome <input type="checkbox"/> IUGR <input type="checkbox"/> Developmental delay <input type="checkbox"/> Mental retardation <input type="checkbox"/> Klinefelter syndrome
	<input type="checkbox"/> 기타:

혈액질환 염색체	
검체	<input type="checkbox"/> 골수 <input type="checkbox"/> 말초혈액
의뢰사유	진단명: 기타 주요 증상:
골수이식력	<input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 공여자 성별: <input type="checkbox"/> XY <input type="checkbox"/> XX 골수이식일: 년 월 일

혈액질환 FISH			
<input type="checkbox"/> ATM	<input type="checkbox"/> Del(20q)	<input type="checkbox"/> IGH::CCND1	<input type="checkbox"/> RB1
<input type="checkbox"/> BCR::ABL1	<input type="checkbox"/> D13S319	<input type="checkbox"/> IGH::FGFR3	<input type="checkbox"/> RUNX1::RUNX1T1(AML1::ETO)
<input type="checkbox"/> CBFβ::MYH11	<input type="checkbox"/> ETV6::RUNX1(TEL::AML1)	<input type="checkbox"/> IGH::MAF	<input type="checkbox"/> TP53
<input type="checkbox"/> CEP 8	<input type="checkbox"/> FGFR1	<input type="checkbox"/> IGH::MAFB	<input type="checkbox"/> 1p32/1q21
<input type="checkbox"/> MYC	<input type="checkbox"/> FIP1L1::PDGFRA	<input type="checkbox"/> KMT2A(MLL)	<input type="checkbox"/> XY
<input type="checkbox"/> CEP 12	<input type="checkbox"/> IGH	<input type="checkbox"/> P16(CDKN2A)	
<input type="checkbox"/> Del(5q)	<input type="checkbox"/> IGH::BCL2	<input type="checkbox"/> PML::RARA	
<input type="checkbox"/> Del(7q)	<input type="checkbox"/> IGH::MYC	<input type="checkbox"/> PDGFRB	

혈액질환 FISH panel
<input type="checkbox"/> AML Panel
<input type="checkbox"/> AMLL Panel
<input type="checkbox"/> MDS/AA Panel
<input type="checkbox"/> MM Panel
<input type="checkbox"/> ALL Panel
<input type="checkbox"/> CLL Panel

조직 FISH
<input type="checkbox"/> ALK

※ 검사목적과 상관없이 우연히 발견된 검사결과(Incidental Finding)를 통보 받으시겠습니까? 예 아니오

유의사항

- 모든 검체는 실온에 보관하고, 채취 당일 검사실로 보내주십시오. 부득이하게 24시간 이상 지연시 냉장보관하십시오.
- 양수, 용모막, 태아조직 : 반드시 무균용기/전용용기에 무균적으로 채취하십시오(양수 20ml, 용모막 20mg, 태아조직 20mg 이상).
- 골수, 말초혈액, 제대혈 : Heparin tube에 5~8ml 채취 후 응고되지 않도록 잘 흔들어 주십시오.
- Tissue FISH : unstain slide 2장, H&E slide 1장(tumor 부위 표시), 조직검사 결과지를 첨부하여 주십시오.