

바코드부착

세포유전 검사뢰서

검체인수자

검체인계자

Slip수:

Sample수:

의뢰기관명	의뢰기관코드	진료과/병동	담당의사
수진자명	Chart No.	주민번호	성별/나이

산모정보	체중	kg	초음파주수	태아수	CRL	mm
	최종월경일	LMP 주수	인종	<input type="checkbox"/> Korean <input type="checkbox"/> South Asian <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Japanese <input type="checkbox"/> Caucasian <input type="checkbox"/> African <input type="checkbox"/> Others	NT	mm
	당뇨 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Down 과거력 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	NTD 과거력 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	재검여부 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
검체종류	<input type="checkbox"/> 혈청 <input type="checkbox"/> 양수 <input type="checkbox"/> 기타 :	의뢰일시	년	월	일	
기타사항		채취일시	년	월	일	

염색체검사

양수	응모막	의뢰사유
<input type="checkbox"/> 9105 염색체검사(AF)	<input type="checkbox"/> 2452 염색체검사(응모막)	<input type="checkbox"/> 선별 검사 양성 (<input type="checkbox"/> Down <input type="checkbox"/> Edward <input type="checkbox"/> 신경관 결손)
<input type="checkbox"/> 6217 QF-Ch(AF) *AF 20ml		<input type="checkbox"/> NIPT 특이 소견 : <input type="checkbox"/> 비정상 초음파 소견 <input type="checkbox"/> 고령 임신 (35세 이상)
<input type="checkbox"/> 7022 염색체 마이크로어레이검사(CMA) 검사 동시 의뢰 여부 수정 요청		<input type="checkbox"/> 염색체 이상 가족력 ()
임신 주수	주 일	<input type="checkbox"/> 기타 ()
태아수 (<input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Twin)		

말초혈액 검사

의뢰사유

<input type="checkbox"/> 4871 염색체검사(PB, High Resolution)	<input type="checkbox"/> 습관성 유산 (회)	<input type="checkbox"/> 불임	<input type="checkbox"/> 염색체 이상 가족력
* 마이크로어레이 검사와 동시 의뢰시 Ch (PB, General)로 의뢰요망 * Heparin tube, 최소 검체량 (성인: 5ml 소아: 3ml)	<input type="checkbox"/> 발달지연	<input type="checkbox"/> Short stature	<input type="checkbox"/> IUGR
<input type="checkbox"/> 9104 염색체검사(말초혈액)	<input type="checkbox"/> 염색체 질환 의심	<input type="checkbox"/> Down syndrome	<input type="checkbox"/> Turner syndrome
* Heparin tube, 최소 검체량 (성인: 5ml 소아: 3ml)	<input type="checkbox"/> 기타 ()		

수태 산물 검사

의뢰사유

<input type="checkbox"/> 9142 염색체검사(Abortus)	<input type="checkbox"/> 습관성 유산	<input type="checkbox"/> 염색체 질환 의심 :	
* 전용 용기	<input type="checkbox"/> 기타 ()		

산전 FISH

 Trisomy 18 Trisomy 21 & 13

기타 사항 :

가계도 :

확인란

- 세포유전 검사뢰서, 유전자 검사 동의서 모두 작성하여 보내주시기 바랍니다.
- 검체상태는 확인하신 후 '기타사항' 검체상태 해당 란에 V 체크하시기 바랍니다.