

바코드 부착

검사의뢰서

(검사기관용)

검체인수자	검체인계자
Slip수:	Sample수:

의뢰기관명	의뢰기관코드	진료과/병동	담당 의사	서명
수진자명	Chart No.	주민번호	성별 / 나이	
기타사항	채취일시	년 월 일 AM : PM :	의뢰일시	년 월 일 AM : PM :

· 이식관련유전자 <input type="checkbox"/> ABO genotyping <input type="checkbox"/> HLA-A typing <input type="checkbox"/> HLA-B typing <input type="checkbox"/> HLA-C typing <input type="checkbox"/> HLA-A,B,C typing <input type="checkbox"/> HLA-DQA1 <input type="checkbox"/> HLA-DQB1 <input type="checkbox"/> HLA-DRB1 <input type="checkbox"/> HLA-A High resolution <input type="checkbox"/> HLA-B High resolution <input type="checkbox"/> HLA-C High resolution <input type="checkbox"/> HLA-DPB1 High resolution <input type="checkbox"/> HLA-DQB1 High resolution <input type="checkbox"/> HLA-DRB1 High resolution <input type="checkbox"/> Pre-Transplant STR <input type="checkbox"/> Pre-Transplant STR (donor) <input type="checkbox"/> Post-Transplant STR	<input type="checkbox"/> JAK2 gene exon 12 mutation <input type="checkbox"/> KRAS 전체돌연변이 (exon 2,3,4) <input type="checkbox"/> NRAS 전체돌연변이 (exon 2,3,4) <input type="checkbox"/> MSI (Microsatellite instability) <input type="checkbox"/> MPL gene W515 mutation <input type="checkbox"/> MYCN <input type="checkbox"/> NPM1 gene mutation <input type="checkbox"/> TP53 gene mutation <input type="checkbox"/> PDGFRA gene mutation <input type="checkbox"/> PML::RARA rearrangement PCR 정성 <input type="checkbox"/> PML::RARA rearrangement PCR 정량 <input type="checkbox"/> TcR γ gene rearrangement <input type="checkbox"/> TCR β gene rearrangement <input type="checkbox"/> IgH gene rearrangement <input type="checkbox"/> IgK gene rearrangement <input type="checkbox"/> CALR gene mutation <input type="checkbox"/> CEBPA gene mutation <input type="checkbox"/> SF3B1 gene mutation	<input type="checkbox"/> SCA 1,2,3,6,7,8 battery <input type="checkbox"/> Spinocerebellar ataxia type 1 <input type="checkbox"/> Spinocerebellar ataxia type 2 <input type="checkbox"/> Spinocerebellar ataxia type 3 <input type="checkbox"/> Spinocerebellar ataxia type 6 <input type="checkbox"/> Spinocerebellar ataxia type 7 <input type="checkbox"/> Spinocerebellar ataxia type 8 <input type="checkbox"/> Spinocerebellar ataxia type 17 · 약물관련 유전자 <input type="checkbox"/> TPMT genotyping <input type="checkbox"/> CYP2C19 genotyping <input type="checkbox"/> UGT1A1 gene mutation <input type="checkbox"/> HLA-B 5801 (Real-time PCR)
· 중앙관련유전자 <input type="checkbox"/> APC gene mutation <input type="checkbox"/> BCR::ABL1 rearrangement PCR 정성(Major) <input type="checkbox"/> BCR::ABL1 rearrangement PCR 정성(Minor) <input type="checkbox"/> BRAF gene V600E mutation <input type="checkbox"/> BRCA1 gene, Sequencing <input type="checkbox"/> BRCA2 gene, Sequencing <input type="checkbox"/> KIT gene mutation <input type="checkbox"/> EGFR gene mutation <input type="checkbox"/> EGFR gene Real-time PCR <input type="checkbox"/> FLT3/ITD gene mutation <input type="checkbox"/> FLT3/TKD gene mutation <input type="checkbox"/> Hemavision Leukemia PCR <input type="checkbox"/> hMLH1 gene mutation <input type="checkbox"/> hMSH2 gene mutation <input type="checkbox"/> IDH1 gene mutation	· 신경 근육질환 유전자 <input type="checkbox"/> DMD/BMD (PCR) <input type="checkbox"/> DMD/BMD deletion/duplication (MLPA) <input type="checkbox"/> PARK2 gene mutation <input type="checkbox"/> Spinobullar Muscular Atrophy (SBMA) <input type="checkbox"/> Spinal Muscular Atrophy (SMA)	· 기타 질환관련 유전자 <input type="checkbox"/> Achondroplasia, FGFR3 Mutation <input type="checkbox"/> APOE genotyping <input type="checkbox"/> CADASIL, NOTCH3 gene mutation <input type="checkbox"/> Corneal dystrophy, TGFBI <input type="checkbox"/> Factor V Leiden(R506Q) mutation <input type="checkbox"/> Fragile-X PCR <input type="checkbox"/> Friedreich ataxia <input type="checkbox"/> HLA-B27 genotyping <input type="checkbox"/> HLA-B51 genotyping <input type="checkbox"/> Leigh disease (SULF1) <input type="checkbox"/> MTHFR 677C/T, 1298A/C <input type="checkbox"/> MTHFR 1298A>C <input type="checkbox"/> MTHFR 677C/T <input type="checkbox"/> PMP22 gene 엑손결실/중복 <input type="checkbox"/> PMP22 gene mutation <input type="checkbox"/> RET gene mutation <input type="checkbox"/> Y chromosome microdeletions <input type="checkbox"/> RNF213 gene R4810K mutation <input type="checkbox"/> ATP7B gene mutation (Wilson disease) <input type="checkbox"/> Prothrombin G20210A mutation
	· 난청 질환 유전자 <input type="checkbox"/> GJB2 & SLC26A4 gene mutation <input type="checkbox"/> GJB2 (Connexin 26) gene mutation <input type="checkbox"/> SLC26A4(PDS) gene common mutation <input type="checkbox"/> SLC26A4(PDS) gene full mutation <input type="checkbox"/> 유전성 난청 유전자 다중검사 (Real-time PCR)	
	· 신경 퇴행성질환 유전자 <input type="checkbox"/> Huntington disease (HTT gene) <input type="checkbox"/> Denatorubral Pallidolusyian Atrophy (DRPLA) <input type="checkbox"/> SCA 1,2,3,6,7 battery	

검사의뢰명	유의사항																
임상진단(주요증상) 및 관련 검사 결과	<ol style="list-style-type: none"> 정확한 검사를 위해 본 검사의뢰서를 작성하여 검체와 함께 보내주시시오 검체보관 시 냉장보관 하시고 혈액(EDTA)을 3mL 이상 가능한 신속히 보내주시시오. (혈액 이외의 검체는 사전에 문의요망) 배아 또는 태아를 대상으로 하는 유전자 검사 관련 사항은 의뢰 전 검사실로 문의하여 주십시오. HLA DNA Typing : 수혈을 받은 지 3개월이 경과하지 않은 혈액은 검사가 불가능합니다. 모든 유전자 검사 의뢰 시, 유전자 검사 동의서는 반드시 작성하여 보내주시시오. (생명윤리 및 안전에 관한 법률 시행규칙) 유전자 검사 동의서에 법정대리인이 대리서명한 경우 의뢰기관이 법정대리인 증명 서류를 확인하였으며, 필요시 유전자 검사기관에서 증명 서류를 요청할 수 있습니다. 																
가족력	성명: _____ 서명: _____																
가계도																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>이름</th> <th>환자와의 관련성별</th> <th>생년월일</th> <th>증상(O.X)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	이름	환자와의 관련성별	생년월일	증상(O.X)													
이름	환자와의 관련성별	생년월일	증상(O.X)														

※ 의뢰항목은 □ 칸에 ■● 로 의뢰서에 없는 항목은 "검사의뢰명" 란에 기재해 주시기 바랍니다.