

바코드부착

세포유전 검사뢰서

검체인수자	검체인계자
Slip수:	Sample수:

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

산모 정보	체중	kg	초음파주수	태아수	CRL	mm	
	최종월경일		LMP 주수	인종	N T	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
검체종류	<input type="checkbox"/> 혈청 <input type="checkbox"/> 양수 <input type="checkbox"/> 기타 :			의뢰 일시	년	월	일
기타 사항				채취 일시	년	월	일

염색체 검사

양수	용모막	제대혈	의뢰사유
<input type="checkbox"/> Ch (AF)	<input type="checkbox"/> Ch CVS-Direct	<input type="checkbox"/> Ch (Cord Blood)	<input type="checkbox"/> 선별 검사 양성 (<input type="checkbox"/> Down <input type="checkbox"/> Edward <input type="checkbox"/> 신경관 결손)
<input type="checkbox"/> QF-Ch (AF) *AF 20ml	<input type="checkbox"/> Ch CVS-Long term *전용용기 *VIII 20mg 이상	*최소 1ml 이상	<input type="checkbox"/> NIPT 특이 소견 : <input type="checkbox"/> 비정상 초음파 소견 <input type="checkbox"/> 고령 임신 (35세 이상)
<input type="checkbox"/> 마이크로 어레이(CMA) 검사 동시 의뢰 여부	<input type="checkbox"/> 염색체 이상 가족력 ()		
임신 주수	주	일	<input type="checkbox"/> 기타 ()
태아수	<input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Twin)		

말초 혈액 검사

말초 혈액 검사	의뢰 사유
<input type="checkbox"/> Ch (PB, High Resolution) <small>* 마이크로어레이 검사와 동시 의뢰시 Ch (PB, General)로 의뢰요망 * Heparin tube, 최소검체량 (성인: 5ml 소아: 3ml)</small>	<input type="checkbox"/> 습관성 유산 (회) <input type="checkbox"/> 발달지연 <input type="checkbox"/> 염색체 질환 의심
<input type="checkbox"/> Ch (PB, General) <small>* Heparin tube, 최소검체량 (성인: 5ml 소아: 3ml)</small>	<input type="checkbox"/> 불임 <input type="checkbox"/> Short stature <input type="checkbox"/> Down syndrome <input type="checkbox"/> Turner syndrome
	<input type="checkbox"/> 기타 ()

수태 산물 검사

수태 산물 검사	의뢰 사유
<input type="checkbox"/> Ch (Abortus) <small>* 전용 용기</small>	<input type="checkbox"/> 습관성 유산 <input type="checkbox"/> 염색체 질환 의심 : <input type="checkbox"/> 기타 ()

FISH

산전 FISH	Microdeletion FISH	
<input type="checkbox"/> Trisomy 18	<input type="checkbox"/> Cri-du-chat syndrome, del(5p) (WB)	<input type="checkbox"/> Digeorge I, CATCH22, del(22q11.2) (WB)
<input type="checkbox"/> Trisomy 21 & 13	<input type="checkbox"/> Cri-du-chat syndrome (양수)	<input type="checkbox"/> Digeorge I, CATCH22 (4)
	<input type="checkbox"/> Prader-Willi/Angelman syndrome, del(15q11) (WB)	<input type="checkbox"/> Williams syndrome, del(7q11) (WB)
	<input type="checkbox"/> Prader-Willi/Angelman syndrome (양수)	<input type="checkbox"/> Williams syndrome (양수)

기타 사항 :	가계도 :
---------	-------

확인란

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