

의뢰기관		수진자명	임상 정보		
		차트번호	민족 정보		
과명/병동		생년월일	가족력		
담당 의사		나이/성별	세/M·F 현병력 및 과거력		
의뢰 일자	년 월 일 AM/PM:	주요 증상 및 관련 검사 결과			
검체채취일	년 월 일 AM/PM:				
검체종류	<input type="checkbox"/> 양수 <input type="checkbox"/> 전혈(EDTA) <input type="checkbox"/> 기타()				

선천성 유전질환 관련 유전자 검사	보험코드	고형암 관련 유전자 검사	보험코드	기타 유전자 검사	보험코드
<input type="checkbox"/> QF-Ch(양수)		<input type="checkbox"/> BRCA 1 mutation	C5809056	<input type="checkbox"/> ABO genotyping	
<input type="checkbox"/> QF-21		<input type="checkbox"/> BRCA 2 mutation	C5810016	<input type="checkbox"/> MTHFR C677T	C5801066
<input type="checkbox"/> QF-21, 18, 13		<input type="checkbox"/> BRAF V600E mutation	C5831176	<input type="checkbox"/> Factor V leiden mutation	C5801056
<input type="checkbox"/> GJB2(급여)	C5806196	<input type="checkbox"/> KRAS mutation	C5834016	<input type="checkbox"/> Apo E genotype	C5800016
<input type="checkbox"/> GJB2(비급여)		<input type="checkbox"/> NRAS mutation	C5834026	<input type="checkbox"/> Y Chromosome microdeletions	
<input type="checkbox"/> Fragile-X 증후군(선별)		<input type="checkbox"/> 조직적합성, 이식관련 유전자 검사	보험코드	<input type="checkbox"/> Prothrombin G20210A	C5801046
<input type="checkbox"/> Fragile-X 증후군(확진)	C5811026	<input type="checkbox"/> HLA B27	D8413026	기타 검사는 여기에 기재하여 주십시오.	
<input type="checkbox"/> Wilson병 선별(신생아)		<input type="checkbox"/> HLA B51			
<input type="checkbox"/> SCA (1, 2, 3, 6, 7)	C5803036 외	<input type="checkbox"/> HLA A typing(High)	D8403016		
<input type="checkbox"/> TGFBI gene R124H mutation	C5801096	<input type="checkbox"/> HLA B typing(High)	D8403016		
혈액암 관련 유전자 검사	보험코드	<input type="checkbox"/> HLA C typing(High)	D8403016		
<input type="checkbox"/> BCR/ABL PCR 정량(major)	C5831016	<input type="checkbox"/> HLA DR typing(High)	D8403036		
<input type="checkbox"/> BCR/ABL PCR 정량(minor)	C5831026	<input type="checkbox"/> HLA DR typing(Low)	D8402036		
<input type="checkbox"/> JAK2 V617F mutation	C5830036	<input type="checkbox"/> HLA DQB typing(High)	D8403026		

유전자검사 동의서

동의서 관리번호						■ 생명윤리 및 안전에 관한 법률 시행규칙 [별지 제52호서식]
검사대상자	성명		생년월일			
	주소					
	전화번호		성별			
법정대리인	성명		관계			
	전화번호					
유전자검사기관	기관명	에스큐랩	유전자검사항목	검사목적		
	전화번호	031-283-9270		검사명		
본인은 『생명윤리 및 안전에 관한 법률』 제51조 및 같은 법 시행규칙 제51조에 따라 해당 유전자검사에 대하여 충분한 설명을 들어 이해하였으므로 위와 같이 본인에 대한 유전자검사에 자발적인 의사로 동의합니다.			유 의 사 항			
검사대상자 :	년 월 일	(서명 또는 인)	1. 이 유전자 검사의 결과는 10년간 보존되며, 법 제52조 제2항에 따라 본인이나 법정대리인이 요청하는 경우 열람할 수 있습니다.			
법정대리인 :		(서명 또는 인)	2. 검사 후 남은 검사대상물을 인체유래물 연구 또는 허가받은 인체유래물은행에 기증하는 것에 동의하는 경우에는 연구의 목적, 개인정보의 제공에 관한 사항 등 제공에 관한 구체적인 설명을 충분히 듣고, 별지 제34호의 인체유래물연구 동의서 또는 별지 제41호의 인체유래물 등의 기증 동의서를 추가로 작성하여야 합니다.			
상 담 자 :		(서명 또는 인)	구비서류	법정대리인의 경우 법정대리인임을 증명하는 서류		