GC Labs Request For Chromosome Study
세포유전학 검사의뢰서

검체인수자	검체인계자
Slip 수:	Sample 수:

의뢰기관명		환 자 명		생 년 월 일		나 이 / 성 별		민족(외국인)	
		등 록 번 호		과 명 / 병 동		주 소			
검 체 종 류		의 뢰 일	월 일 AM, PM	채 취 일	월 일 AM, PM	주 치 의 / ☎			
임신주수(양수 및 융모막 배양시만 기입)			주	주 진 단 명		가 족 력	유 무		

※ 진단명 및 주요소견(정확한 판독을 위하여 반드시 기술해 주십시오)

* 유전자검사동의서를 반드시 첨부해 주십시오.

양수 및 융모막 배양

- ☐ 염색체분석 (Routine)
- ☐ Rapid Down test (염색체분석+QF-PCR 21)
- ☐ Rapid Aneuploid 3종 test (염색체분석+QF-PCR 21, 18, 13)
- ☐ Rapid Aneuploid 5종 test (염색체분석+QF-PCR 21, 18, 13, X/Y)
- ☐ 융모막 염색체 분석(Direct, Long term culture)
- ☐ FISH 21 ☐ FISH 18

말초혈액 배양 및 선천성 이상 관련 FISH 검사

- ☐ 염색체분석 (Routine)
- ☐ FISH Digeorge 1 (22q11) Syndrome
- ☐ FISH Digeorge 2 (10p14) Syndrome
- ☐ FISH Williams syndrome
- ☐ FISH Praderwilli/Angelman Syndrome
- ☐ FISH Cri du chat Syndrome
- ☐ Cardiac anomaly panel
  - * 염색체분석
  - * FISH Digeorge 1
  - * FISH Digeorge 2
  - * FISH Williams

양수 검사 의뢰 사유

- ☐ 혈액선별양성
- ☐ Down ☐ Edward ☐ NTD ☐ 염색체 이상 가족력
- ☐ 비정상초음파소견 ☐ 산모가 원함
- ☐ 고령임신(35세 이상) ☐ IUGR
- ☐ 기타 :

말초혈액 배양 및 검사의뢰 사유

- ☐ 습관성 유산 (횟수 :)
- ☐ 발달지연 :
- ☐ 불임 :

1) 염색체질환 의심 (R/O)

2) 가족력

- ☐ 무 :
- ☐ 유 :

3) 기타 특이 이학적소견

골수 배양 및 FISH 검사

☐ 염색체분석 (Routine)				
☐ FISH AML panel	☐ AML1/ETO	☐ PML/RARA	☐ MLL	☐ CBFB
☐ FISH ALL panel	☐ BCR/ABL1	☐ TEL/AML1	☐ MLL	☐ P16
☐ FISH MPD panel	☐ BCR/ABL1	☐ Iso 17q	☐ 20q12	☐ CEP7
	☐ 1q21/8p21			
☐ FISH MDS panel	☐ 5q31(EGR1)	☐ 7q22/7q35	☐ CEP8	☐ X/Y
	☐ 20q12			
☐ FISH M.M panel	☐ IGH/CCND1	☐ IGH/MAF	☐ IGH	☐ RB1
	☐ IGH/FGFR3	☐ 1q21/8p21	☐ TP53	
☐ FISH Lymphoma panel		☐ IGH(14q32)	☐ P16(9p21)	
☐ FISH Eosinophilia panel		☐ PDGFRA	☐ PDGFRB	

골수 검사 의뢰 사유

1) 진단명 :

2) 항암치료력 :

3) BMT 여부 :

4) 혈액검사결과 :

Abortus 및 조직 배양

진단명 :

Chromosomal Microarray 검사

* * 전용 소견서를 첨부해 주십시요.

진단명 :

※ 검체 채취, 처리, 운송시 주의사항

채취	처리	운송
Peripheral blood(말초혈액) : 성인 ☞ 5mL, 소아 ☞ 3mL	Heparin 처리된 멸균 tube 사용 (본원 제공)	당일운송 실온보관 (24hrs 지연시 냉장보관)
Bone marrow(골수) : 골수천자액 ☞ 5mL or 말초혈액 ☞ 5~7mL		
Amniotic fluid(양수) : 양수천자액 ☞ 20mL	멸균된 tube 사용 (본원 제공)	
CVS (융모조직) : Villi ☞ 0.5g	전용수송용기 사용 (본원 제공)	
Abortus(수태산물) : 의뢰전 전화요망		
Solid tumor(고형조직) : 의뢰전 전화요망		
Chromosomal Microarray : 의뢰전 전화요망	EDTA 처리된 멸균 tube 사용	

☎ 세포유전학 : 031-260-9639, 9640

* 의뢰하실 때에는 ☐공란에 V 표시하여 주시고, 의뢰항목이 없을 때에는 기타 검사항목란에 기입해 주십시오.

TEL : 031-260-9600
FAX : 031-260-9262
446-913 경기도 용인시 기흥구 보정동 314
검체검사기관번호 : 41303059 www.gclabs.co.kr

ISO양식번호 : GCQR-001-0019 Rev.(0) 2012. 7. 1