

검사대상자 정보	성명	생년월일	성별	남, 여	민족(외국인)	등록번호
의뢰받는 유전자 검사기관정보	기관명	녹십자	전화번호	1566-0131	소재지	경기도 용인시 기흥구 이현로 30번길 107(보정동)
검체정보	채취 날짜	월 일	채취 시간	시 분	검체명	
의뢰하는 의료기관 정보	기관명				주소(소재지)	
주치의 정보	성명		진료과(병동)		전화번호	

산부인과 관련 유전자검사				기타검사	
산전 유전자검사 (Prenatal)		신생아 유전자검사 (Neonatal)		기타 시퀀싱 (etc)	
<input type="checkbox"/>	Fragile X PCR	<input type="checkbox"/>	월슨병 선별 (신생아)	<input type="checkbox"/>	CYP2C9 Major polymorphism
<input type="checkbox"/>	제 1형 근긴장증 검사 (DM1)	<input type="checkbox"/>	유전성 난청 유전자검사 (GJB2)	<input type="checkbox"/>	CYP2C19 Major polymorphism
<input type="checkbox"/>	산전검체 모체세포 오염검사	<input type="checkbox"/>	유전성 난청 다중검사-11종		
		<input type="checkbox"/>	신생아 유전체 선별검사 (i-screen)		
		<input type="checkbox"/>	부모검사_신생아 유전체 선별검사 (i-screen)		

세균 rDNA 동정, 16S rDNA					
검체 정보					
Urine			그 외		
<input type="checkbox"/>	멸균뇨 (catheterized urine)	<input type="checkbox"/>	분변 (stool)	<input type="checkbox"/>	기타 ( )
<input type="checkbox"/>	청결뇨 (clean-catch urine)	<input type="checkbox"/>	균주 (strain) DNA		
<input type="checkbox"/>	중간뇨 (voided urine, midstream urine)	<input type="checkbox"/>	간농양 (liver pus)		

※ G-NIPT, 산전 Chromosomal Microarray (CMA)는 전용 소견서 및 의뢰서 작성요망

기타 소견:

유의사항  
1. 모든 유전자검사 의뢰서, 유전자검사 동의서는 반드시 작성하여 보내 주십시오. (생명윤리 및 안전에 관한 법률 제 51조 1항)  
2. 담당의사의 서명이 반드시 확인 되어야 검체 접수가 완료 됩니다.

「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 제 50조 제 3항에 따라 위와 같이 유전자검사를 의뢰합니다.

년 월 일

담당의사 성명: \_\_\_\_\_ (서명 또는 인)