GC Labs
GC Genome

분자유전학 검사의뢰서 G

유전(희귀)질환검사 전용

바코드 부착란

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			

유전성 NGS 패널 관련 검사 [40 종]

☐	유전성 부정맥 유전자 패널검사 (NGS-Arrhythmia panel)	☐	유전성 갑상선기능저하증 유전자 패널검사 (NGS-Hypothyroidism panel)
☐	유전성 심근병증 유전자 패널검사 (NGS-Cardiomyopathy panel)	☐	유전성 이상지질혈증 유전자 패널검사 (NGS-Hereditary dyslipidemia panel)
☐	유전성 뇌전증 유전자 패널검사 (NGS-Epilepsy panel)	☐	유전성 혈액응고장애 유전자 패널검사 (NGS-Coagulation panel)
☐	유전성 일차성 면역결핍증 유전자 패널검사 (NGS-Primary immune deficiency panel)	☐	유전성 뇌졸중 유전자 패널검사 (NGS-Hereditary stroke panel)
☐	유전성 수포성 표피박리증 및 어린선 패널검사 (NGS-Dermatology panel)	☐	유전성 원발성 섬모운동이상증 유전자 패널검사 (NGS-Hereditary primary ciliary dyskinesia panel)
☐	유전성 망막색소변성 유전자 패널검사 (NGS-Retinitis pigmentosa panel)	☐	유전성 소두증 유전자 패널검사 (NGS-Hereditary microcephaly panel)
☐	유전성 골격이형성증 유전자 패널검사 (NGS-Skeletal dysplasia panel)	☐	유전성 자폐증 유전자 패널검사 (NGS-Hereditary autism panel)
☐	유전성 난청 유전자 패널검사 (NGS-Hearing loss panel)	☐	유전성 신경퇴행성질환 유전자 패널검사 (NGS-Neurodegenerative disease panel)
☐	유전성 저신장증 유전자 패널검사 (NGS-Proportionate short stature panel)	☐	유전성 담즙정체증 유전자 패널검사 (NGS-Cholestasis panel)
☐	유전성 안질환 유전자 패널검사 (NGS-Hereditary retinopathy panel)	☐	미토콘드리아 유전체 패널검사 (NGS-Mitochondrial DNA panel)
☐	유전성 결합조직질환 유전자 패널검사 (NGS-Connective tissue disorder panel)	☐	Familial mutation
☐	유전성 저성선자극호르몬 성선 저하증 유전자 패널검사 (NGS-Hypogonadotropic hypogonadism panel)		
☐	유전성 근육퇴행위축질환 유전자 패널검사 (NGS-Muscular dystrophy panel)		
☐	알츠하이머병 유전자 패널검사 (NGS-Alzheimer's disease panel)	☐	LDLR gene mutation
☐	유전성 근육병증 유전자 패널검사 (NGS-Myopathy panel)	☐	SCN5A Gene Plus
☐	연소자 성인발증형 당뇨 유전자 패널검사 (NGS-Maturity-Onset Diabetes of the Young, MODY panel)	☐	MYH7 Gene Plus
☐	샤르코 마리 투스병 유전자 패널검사 (NGS-Charcot-Marie-Tooth disease panel)	☐	FBN1 Gene Plus
☐	유전성 근긴장이상 유전자 패널검사 (NGS-Dystonia panel)	☐	SCN1A Gene Plus
☐	유전성 운동실조증 유전자 패널검사 (NGS-Ataxia panel)	☐	SPG11 Gene Plus
☐	인지장애 유전자 패널검사 (NGS-Dementia panel)	☐	DYSF Gene Plus
☐	파킨슨병 유전자 패널검사 (NGS-Parkinson's disease panel)	☐	CACNA1A Gene Plus
☐	유전성 강직성 하반신마비 유전자 패널검사 (NGS-Hereditary spastic paraplegia panel)	☐	VPS13A Gene Plus
☐	유전성 성분화이상 유전자 패널검사 (NGS-Disorders of sexual development panel)	☐	LRRK2 Gene Plus
☐	비정형 용혈성 요독 증후군 유전자 패널검사 (NGS-Atypical hemolytic uremic syndrome panel)	☐	APP Gene Plus
☐	라이소좀 축적 질환 유전자 패널검사 (NGS-Lysosomal storage disease panel)	☐	COL2A1 Gene Plus
☐	알포트 증후군 유전자 패널검사 (NGS-Alport syndrome panel)	☐	PCCA Gene Plus
☐	선천성 대사이상 유전자 패널검사 (NGS-Inborn error of metabolism panel)	☐	GAA Gene Plus
☐	콩팥 황폐증 유전자 패널검사 (NGS-Nephronophthisis panel)	☐	ABCC8 Gene Plus
☐	누난증후군 유전자 패널검사 (NGS-Rasopathies panel)	☐	CHD7 Gene Plus
☐	다낭성 신장질환 유전자 패널검사 (NGS-Polycystic kidney disease panel)	☐	DUOX2 Gene Plus

※Chromosomal Microarray (CMA)는 전용 소견서 및 의뢰서 작성 요망

유전성 기타검사

		엑솜 시퀀싱 (Exome sequencing)	
☐	Diagnostic Exome Sequencing (DES) 진단용 엑솜 시퀀싱		
☐	DES Proband/familiy test		
☐	Whole Exome Sequencing (WES) 전장 엑솜 시퀀싱		
☐	WES Proband/familiy test		
☐	FLNA / GALNS gene mutation_DES		
☐	DYSF / GNE gene mutation_DES		
☐	SOD1 / NEK1 gene mutation		
☐	KCNQ1 / KCNH2 gene mutation		
☐	SCN5A gene mutation / TGF beta receptor 1		

유전성 기타검사

Gene Plus		기타 시퀀싱 (etc)	
☐	F8 gene mutation	☐	F8 gene deletion / duplication [MLPA]
☐	F9 gene mutation	☐	F9 gene deletion / duplication [MLPA]
☐	FMR1 gene (PCR-Fragment Analysis)	☐	Familial mutation (Hemophilia)
☐	ATP7B gene mutation (Wilson disease)	☐	GJB2 gene mutation
☐	DMPK gene (PCR-Fragment Analysis)	☐	유전성 난청 다종검사 -11종 (급여)
☐	C9orf72 gene		
	MLPA		
☐	SMN1, SMN2 del/dup		
☐	SMN1, SMN2 del/dup _Fast		
☐	CYP21A2 [Sequencing+MLPA]		

기타 소견:

유의사항

1. 모든 유전자검사 의뢰시, 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

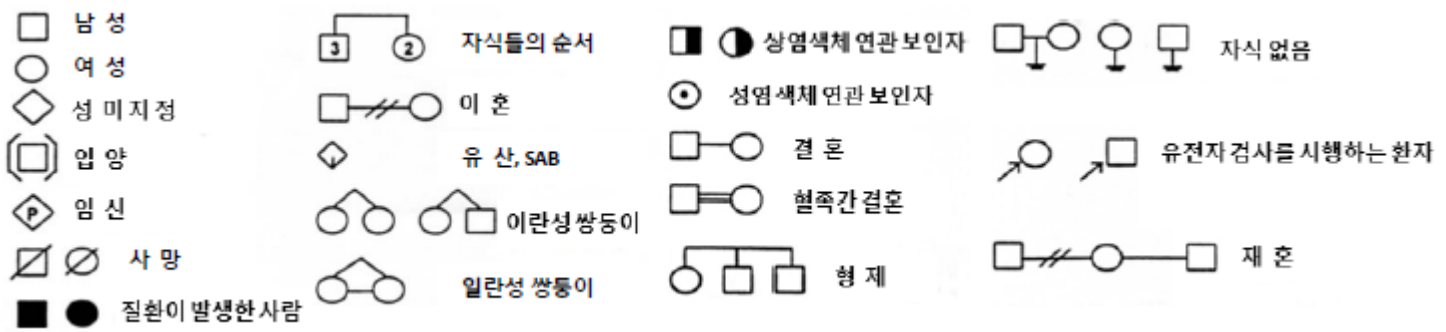
담당의사 성명: (서명 또는 인)

GC Labs
GC Genome

분자유전학 검사의뢰서 G

유전(희귀)질환검사 전용

바코드 부착란

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			

가 계 도	
I	
II	
III	
IV	
V