



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	

수진자정보

암 병기	사용중인 약제	현재 진행중인 치료가 있다면 작성
------	---------	--------------------

진단된 암종

□ BRAIN		□ GI		□ SKIN		□ HEMATOLOGIC MALIGNANCY	
Type	<input type="checkbox"/>	Esophagus	<input type="checkbox"/>	Type	<input type="checkbox"/>	AML	<input type="checkbox"/>
□ KIDNEY & BLADDER		Stomach	<input type="checkbox"/>	□ THYROID		MDS	<input type="checkbox"/>
Type	<input type="checkbox"/>	Small Intestine	<input type="checkbox"/>	Type	<input type="checkbox"/>	MPN	<input type="checkbox"/>
□ BREAST		Large Intestine	<input type="checkbox"/>	□ GYNECOLOGY		ALL	<input type="checkbox"/>
Type	<input type="checkbox"/>	Liver	<input type="checkbox"/>	Uterine	<input type="checkbox"/>	Lymphoma	<input type="checkbox"/>
□ LUNG		Gallbladder/Biliary tract	<input type="checkbox"/>	Cervix	<input type="checkbox"/>	MM	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	NSCLC	Pancreas	<input type="checkbox"/>	Ovary	<input type="checkbox"/>	□ OTHER	
<input type="checkbox"/>	Small Cell Lung Carcinoma	Others:	<input type="checkbox"/>	Prostate	<input type="checkbox"/>	Type	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Others:	□ SARCOMA		Others:	<input type="checkbox"/>		
	Type						

유전성 유전자 검사

유전성 유전자 검사				비유전성 유전자 검사					
유전성 NGS 패널 유전자검사 [3종]				혈액암 NGS패널 유전자검사 [5종]		비유전성 고형암 NGS패널 유전자검사 [4종]			
<input type="checkbox"/>	유전성 암 유전자 패널 검사 PLUS (NGS-Hereditary cancer syndrome panel Plus)			<input type="checkbox"/>	골수형성이상, 골수증식종양 유전자 패널 검사 (NGS-Myelodysplastic syndromes(MDS), Myeloproliferative neoplasm(MPN) panel)		<input type="checkbox"/>	비유전성 고형암 유전자 패널II 검사 (161) (NGS-Solid tumor panel II, 161 genes)	
<input type="checkbox"/>	유전성 암 유전자 패널 검사 (NGS-Hereditary cancer syndrome panel)			<input type="checkbox"/>	급성골수성백혈병 유전자 패널 검사 (NGS-Acute Myeloid Leukemia (AML) panel)		<input type="checkbox"/>	비유전성 고형암 유전자 패널II 검사 (TMB/MSI)(RNA 포함) (NGS-Solid tumor panel II, TMB/MSI)	
<input type="checkbox"/>	유전성 신경내분비종양 유전자 패널 검사 (NGS-Neuroendocrine tumor panel)			<input type="checkbox"/>	급성림프구성 백혈병 유전자 패널 검사 (NGS- Acute Lymphoblastic Leukemia (ALL) panel)		<input type="checkbox"/>	비유전성 고형암 유전자 패널II 검사 (TMB/MSI)(RNA 미포함) (NGS-Solid tumor panel II, TMB/MSI, w/o RNA)	
<input type="checkbox"/>	Familial mutation			<input type="checkbox"/>	다발성 골수종 유전자 패널 검사 (NGS-Multiple Myeloma (MM) panel)		<input type="checkbox"/>	비유전성 고형암 유전자 패널II 검사 (액체생검) (NGS-Solid tumor panel II, Liquid biopsy)	
유전성 단일 유전자검사				악성림프종 유전자 패널 검사 (NGS-Lymphoma panel)		비유전성 Hot spot mutation검사 [1종]			
<input type="checkbox"/>	BRCA1 genetic test	<input type="checkbox"/>	BRCA2 genetic test	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	EGFR 유전자, 돌연변이[Droplet Digital PCR]	
<input type="checkbox"/>	hMLH1 genetic test	<input type="checkbox"/>	hMSH2 genetic test						
<input type="checkbox"/>	APC gene mutation	<input type="checkbox"/>	CDH1 gene mutation						
<input type="checkbox"/>	PTEN gene mutation	<input type="checkbox"/>	NF2 gene mutation						
<input type="checkbox"/>	MEN1 gene mutation	<input type="checkbox"/>	TP53 gene mutation	혈액암 NGS Screen/MRD 유전자 재배열검사 [6종]					
유전성 Deletion / Duplication검사 [MLPA]				<input type="checkbox"/>	IGH 유전자 재배열 검사 [염기서열검사]				
<input type="checkbox"/>	BRCA1 gene, del/dup	<input type="checkbox"/>	BRCA2 gene, del/dup	<input type="checkbox"/>	IGH & IGK 유전자 재배열 검사 [염기서열검사]				
<input type="checkbox"/>	TP53 gene, del/dup	<input type="checkbox"/>	MLH1 gene, de/dup	<input type="checkbox"/>	TRB & TRG 유전자 재배열 검사 [염기서열검사]				
<input type="checkbox"/>	MSH2 gene, del/dup	<input type="checkbox"/>	MSH6 gene, del/dup	<input type="checkbox"/>	IGH 유전자 재배열 검사 [염기서열검사]				
<input type="checkbox"/>	PMS2 gene, del/dup	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	IGH & IGK 유전자 재배열 검사 [염기서열검사]				
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	TRB & TRG 유전자 재배열 검사 [염기서열검사]				

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)