

세포유전 검사뢰서 (혈액종양)

바코드 부착란

성명	생년월일	성별	남 / 여	민족 (외국인)	등록번호
채취날짜	월 일	채취시간	시 분	검체명	<input type="checkbox"/> BM <input type="checkbox"/> PB <input type="checkbox"/> 기타()
의뢰기관	주소				
주치의 성명	진료과(병동)	전화번호			

염색체 검사		의뢰 사유
<input type="checkbox"/>	Ch (hematologic BM) *전용용기	진단명 :
<input type="checkbox"/>	Ch (hematologic PB) *전용용기	주요 증상 :
		BMT <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 유 (<input type="checkbox"/> sex-matched <input type="checkbox"/> sex-mismatched)

혈액종양 FISH Panel			혈액종양 FISH	
ALL	<input type="checkbox"/>	BCR/ABL1 MLL <u>ETV6/RUNX1</u>	<input type="checkbox"/>	BCR/ABL1 fusion
ALL 2종	<input type="checkbox"/>	BCR/ABL1 MLL	<input type="checkbox"/>	CBFB/MYH11 fusion
ALL Dx	<input type="checkbox"/>	BCR/ABL1 MLL <u>ETV6/RUNX1</u> <u>IGH p16, 9p21</u> <u>TP53</u>	<input type="checkbox"/>	Centromere 8
AML	<input type="checkbox"/>	CBFB/MYH11 MLL PML/RARA RUNX1/RUNX1T1	<input type="checkbox"/>	Centromere 12
AML 5종	<input type="checkbox"/>	CBFB/MYH11 MLL PML/RARA RUNX1/RUNX1T1 <u>BCR/ABL1</u>	<input type="checkbox"/>	Chromosome 1q21 (1p32/1q21)
AML 6종	<input type="checkbox"/>	CEP8 5q 7q 20q TP53 MLL	<input type="checkbox"/>	Chromosome 5q (5q31)
AML 7종	<input type="checkbox"/>	CEP8 5q 7q 20q TP53 MLL <u>BCR/ABL1</u>	<input type="checkbox"/>	Chromosome 7q (7q22/7q31)
AML 10종	<input type="checkbox"/>	CEP8 5q 7q 20q TP53 MLL <u>BCR/ABL1</u> <u>CBFB/MYH11</u> <u>PML/RARA</u> <u>RUNX1/RUNX1T1</u>	<input type="checkbox"/>	Chromosome 13q (RB1, 13q14)
			<input type="checkbox"/>	Chromosome 20q (20q12)
ABL Dx	<input type="checkbox"/>	CBFB/MYH11 MLL PML/RARA RUNX1/RUNX1T1 BCR/ABL1 5q 7q 20q TP53 <u>ETV6/RUNX1</u> <u>IGH IGH/MYC/CEP8 p16, 9p21</u>	<input type="checkbox"/>	ETV6/RUNX1 (TEL/AML1) fusion
			<input type="checkbox"/>	FGFR1
CEL DX	<input type="checkbox"/>	BCR/ABL1 FIP1L1/PDGFRB PDGFRB	<input type="checkbox"/>	FIP1L1/PDGFRB fusion
CMPN Dx	<input type="checkbox"/>	BCR/ABL1 13q (RB1) 20q <u>CEP8 5q p16, 9p21</u>	<input type="checkbox"/>	IGH
CMPN-1 Dx	<input type="checkbox"/>	BCR/ABL1 13q (RB1) 20q	<input type="checkbox"/>	IGH/BCL2
CLL	<input type="checkbox"/>	13q (RB1) IGH/CCND1 TP53 <u>CEP12</u>	<input type="checkbox"/>	IGH/CCND1 fusion
CLL Dx	<input type="checkbox"/>	13q (RB1) IGH/CCND1 TP53 <u>IGH</u>	<input type="checkbox"/>	IGH/FGFR3 fusion
ITP/AA Dx	<input type="checkbox"/>	CEP8 20q 7q	<input type="checkbox"/>	IGH/MAF fusion
MDS	<input type="checkbox"/>	CEP8 20q 7q <u>5q</u>	<input type="checkbox"/>	IGH/MAFB fusion
MDS Dx	<input type="checkbox"/>	CEP8 20q 7q <u>5q</u> <u>ETV6/RUNX1</u>	<input type="checkbox"/>	IGH/MYC/CEP 8
MDS 5종	<input type="checkbox"/>	CEP8 20q 7q <u>5q</u> <u>1q21</u>	<input type="checkbox"/>	MLL (KMT2A)
Lymphoma	<input type="checkbox"/>	IGH IGH/CCND1 IGH/BCL2 IGH/MYC/CEP8 TP53	<input type="checkbox"/>	p16, 9p21
MM	<input type="checkbox"/>	1q21 13q (RB1) IGH/CCND1 IGH/FGFR3 IGH/MAF <u>IGH/MAFB</u> TP53	<input type="checkbox"/>	PDGFRB
MM Dx	<input type="checkbox"/>	1q21 13q (RB1) IGH/CCND1 IGH/FGFR3 IGH/MAF TP53 <u>5q</u> <u>IGH p16, 9p21</u>	<input type="checkbox"/>	PML/RARA fusion
			<input type="checkbox"/>	RPN1/MECOM fusion
*염색체, FISH 동시 의뢰시, 전용용기 1개로 의뢰 가능 (최소 검체량 7ml)			<input type="checkbox"/>	RUNX1/RUNX1T1 (AML1/ETO) fusion
			<input type="checkbox"/>	TP53
			<input type="checkbox"/>	XY

기타 사항 :

* 세포유전 검사 의뢰서, 유전자 검사 동의서 모두 반드시 작성하여 보내주시요.

*의뢰 시 공란에 표시하여 주시고, 상단에 포함되지 않은 검사는 고객센터로 문의하여 주십시오.

