

# 세포유전 검사뢰서

바코드 부착란

성명		생년월일	. .	성별	남 / 여	민족 (외국인)		등록번호	
채취날짜	월 일	채취시간	시 분	검체명					
의뢰기관				주소					
주치의 성명		진료과(병동)		전화번호					

## 염색체 검사

양 수	용 모 막	제 대 혈	의 료 사 유
<input type="checkbox"/> Ch (AF)	<input type="checkbox"/> Ch CVS-Direct	<input type="checkbox"/> Ch (Cord Blood)	<input type="checkbox"/> 선별 검사 양성 ( <input type="checkbox"/> Down <input type="checkbox"/> Edward <input type="checkbox"/> 신경관 결손 )
<input type="checkbox"/> QF-Ch (AF)	<input type="checkbox"/> Ch CVS-Long term		<input type="checkbox"/> NIPT 특이 소견 :
*AF 20ml	* 전용용기 * Villi 20mg 이상	*최소 1ml 이상	<input type="checkbox"/> 비정상 초음파 소견 <input type="checkbox"/> 고령 임신 (35세 이상)
<input type="checkbox"/> 마이크로 어레이(CMA) 검사 동시 의뢰 여부	<input type="checkbox"/> 염색체 이상 가족력 ( )		
임신 주수	주 일	<input type="checkbox"/> 기타 ( )	
태아수 ( <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Twin )			

## 말 초 혈 액 검사

## 의 료 사 유

<input type="checkbox"/> Ch (PB, High Resolution)	<input type="checkbox"/> 습관성 유산 ( 회 )	<input type="checkbox"/> 불임	<input type="checkbox"/> 염색체 이상 가족력
* 마이크로어레이 검사와 동시 의뢰시 Ch (PB, General)로 의뢰요망 * Heparin tube, 최소검체량 (성인: 5ml 소아: 3ml)	<input type="checkbox"/> 발달지연	<input type="checkbox"/> Short stature	<input type="checkbox"/> IUGR
<input type="checkbox"/> Ch (PB, General)	<input type="checkbox"/> 염색체 질환 의심	<input type="checkbox"/> Down syndrome	<input type="checkbox"/> Turner syndrome
* Heparin tube, 최소검체량 (성인: 5ml 소아: 3ml)	<input type="checkbox"/> 기타 ( )		

## 수 태 산 물 검사

## 의 료 사 유

<input type="checkbox"/> Ch (Abortus)	<input type="checkbox"/> 습관성 유산	<input type="checkbox"/> 염색체 질환 의심 :
* 전용 용기	<input type="checkbox"/> 기타 ( )	

## F I S H

### 산 전 FISH

### Microdeletion FISH

<input type="checkbox"/> Trisomy 18	<input type="checkbox"/> Cri-du-chat syndrome, del(5p) (WB)	<input type="checkbox"/> Digeorge I, CATCH22, del(22q11.2) (WB)
<input type="checkbox"/> Trisomy 21 & 13	<input type="checkbox"/> Cri-du-chat syndrome (양수)	<input type="checkbox"/> Digeorge I, CATCH22 (양수)
	<input type="checkbox"/> Prader-Willi/Angelman syndrome, del(15q11) (WB)	<input type="checkbox"/> Williams syndrome, del(7q11) (WB)
	<input type="checkbox"/> Prader-Willi/Angelman syndrome (양수)	<input type="checkbox"/> Williams syndrome (양수)

기타 사항 :

가계도 :

\* 세포유전 검사 의뢰서, 유전자 검사 동의서 모두 반드시 작성하여 보내주시시오.

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

(Rev. 2021.03.02)

TEL : 1566-0131

FAX : 031-8061-6302

16926 경기도 용인시 기흥구 이현로 30번길 107

검체검사기관번호 : 41303059 www.gclabs.co.kr

