

의학유전학 검사뢰서

의뢰병원	진료과
담당의사	의뢰일 년 월 일
전화번호	FAX 번호

환자이름	연령/성별
생년월일	채혈일 년 월 일
진단명	
주요증상	
임상검사결과	
가족력 <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무 <input type="checkbox"/> 모름	
※구체적으로 기술해 주십시오.	

의뢰 검사명

Chromosome Analysis FISH Analysis DNA Diagnosis

구체적인 검사명 _____

검체종류

Blood Bone marrow Amniotic Fluid Chorionic villi Cord Blood
 Skin fibroblast Lymph node Autopsy Others

주의사항

1. 말초혈액과 골수의 염색체 검사나 FISH 검사는 Heparin 시험관에, 유전자 진단을 위한 혈액검체는 EDTA 시험관에 채취하여 주십시오. (말초혈액:5mL, 골수:2mL)
2. 모든 검체에는 환자의 인적사항을 기재하시고 본 검사뢰서를 함께 동봉하여 검체 채취후 가능한 신속히(24시간내) 검사실로 우송하여 주십시오.
3. 채취가 어려운 검체(골수, 양수, 용모막, 피부아세포 등)는 인편으로 전해 주십시오.
4. 검사를 의뢰하시기 전 반드시 본 검사실로 전화를 주셔서 검사내용에 관한 확인을 바랍니다.
5. 검사 결과는 전화 또는 FAX로 일차 통보후 우편으로 발송해 드립니다.

검사실 주소 : 서울시 송파구 풍납동 388-1 서울아산병원 의학유전학 클리닉 & 검사실 (138-736)

아산재단 서울아산병원 의학유전학 클리닉 & 검사실

E-mail : amcmg@amc.seoul.kr

Homepage : <http://amcmg.amc.seoul.kr/>

TEL 02-3010-4704 FAX 02-3010-4702

유전자검사 동의서

동의서 관리번호			
검사대상자	성명		생년월일
	주소		
	전화번호		성별
법정대리인	성명		관계
	전화번호		
유전자 검사기관	기관명		
	전화번호		
유전자 검사항목	검사목적		
	검사명		

본인은 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 제51조 및 같은 법 시행규칙 제51조에 따라 해당 유전자 검사에 대하여 충분한 설명을 들어 이해하였으므로 위와 같이 본인에 대한 유전자검사에 자발적인 의사로 동의합니다.

년 월 일
검사대상자 (서명 또는 인)
법정대리인 (서명 또는 인)
상담자 (서명 또는 인)

※ 동일한 대상 및 목적을 위한 추가적인 유전자검사에 대해서는 별도의 동의서 작성 없이 아래 서명만 추가할 수 있습니다.

년 월 일
검사대상자 (서명 또는 인)
법정대리인 (서명 또는 인)
상담자 (서명 또는 인)

년 월 일
검사대상자 (서명 또는 인)
법정대리인 (서명 또는 인)
상담자 (서명 또는 인)

년 월 일
검사대상자 (서명 또는 인)
법정대리인 (서명 또는 인)
상담자 (서명 또는 인)

유의사항

- 이 유전자검사의 결과는 10년간 보존되며, 법 제52조제2항에 따라 본인이나 법정대리인이 요청하는 경우 열람할 수 있습니다.
- 검사 후 남은 검사대상물을 인체유래물연구 또는 허가받은 인체유래물은행에 기증하는 것에 동의하는 경우에는 연구의 목적, 개인정보의 제공에 관한 사항 등 제공에 관한 구체적인 설명을 충분히 듣고, 별지 제34호의 인체유래물연구 동의서 또는 별지 제41호의 인체유래물등의 기증 동의서를 추가로 작성하여야 합니다.

구비서류 법정대리인의 경우 법정대리인임을 증명하는 서류