

비침습적 산전검사 의뢰서

병원명		수진자명	성	이름(첫 번째)	이름(나머지 글자)	ID Label
진료과·병동		생년월일 / 나이	년	월	일 / 세	
담당의사		차트번호				
의뢰기관주소	(☎ - -)					
검체종류	<input type="checkbox"/> 혈액 (EDTA W/B) > 8mL	채취일시	년	월	일	
		의뢰일시	년	월	일	

태아 수	<input type="checkbox"/> 단태아	<input type="checkbox"/> 쌍태아(일란성/이란성)	산전 생화학적 혈액검사 시행 여부			
신장 / 체중 / BMI	cm /	Kg /	BMI	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 고위험군	<input type="checkbox"/> 저위험군
마지막 월경 시작일	년	월	일	초음파 특이소견		
초음파 임신주수	주	일	NT : mm			
시험관아기 시술여부	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 있음				
산과력	<input type="checkbox"/> 염색체 또는 유전자질환 임신 과거력 및 가족력 :					
	<input type="checkbox"/> 수혈 또는 줄기세포 치료 여부 :					
	<input type="checkbox"/> 기타 :					

의뢰검사 항목

단태아		쌍태아	
<input type="checkbox"/> GLC NIPT High(21,18,13,9,16,22 염색체 이상+성염색체 이수성 4종+미세결실 10종+기타 중복/결실 130종)	<input type="checkbox"/> GLC NIPT High(21,18,13,9,16,22 염색체 이상)	<input type="checkbox"/> GLC NIPT Regular(21,18,13,9,16,22 염색체 이상+성염색체 이수성 4종+미세결실 10종)	<input type="checkbox"/> GLC NIPT Regular(21,18,13 염색체 이상)
<input type="checkbox"/> GLC NIPT Lite(21,18,13 염색체 이상+성염색체 이수성 4종)			

검사 한계 및 특징 제한점

- GLC NIPT 검사는 Trisomy 21(다운증후군), Trisomy 18(에드워드증후군), Trisomy 13(파타우증후군)을 조기에 발견하는 선별 검사입니다.
- GLC NIPT 검사는 99% 이상의 검출률과 1% 미만의 위양성을 갖고 있으니 확인법으로 분류할 수 없으나 정확도가 높고, 아주 효율적인 선별검사로 분류됩니다. 또한, 검사방법의 기술적 한계로 인하여, "위양성" 또는 "위음성"의 결과가 나올 수 있으므로, 고위험 결과의 경우 표준검사로 인정받는 염색체 핵형판독 또는 세포유전학적 마이크로어레이 검사방법으로 교차검사 하는 것을 추천드리며, 정상 결과의 경우에도 염색체 수 이상의 가능성을 배제할 수는 없습니다.
- GLC NIPT 검사는 단태아와 쌍태아에 대한 검사가 가능하나 쌍태아의 경우, 아직 대상군이 적고 현재까지의 연구결과를 기반으로 분석하며, 향후 더 많은 연구결과가 필요 합니다. 성염색체 이수성 및 미세결실에 대해 분석하지 않으며 GLC NIPT Lite는 검사가 불가 합니다. 그리고 다태아(3명이상)는 검사가 불가능 합니다.
- 쌍태아 검사결과 고위험군일 경우 한 명 이상의 태아에서 위험성이 존재하며, 각각의 확진검사가 필요합니다.
- GLC NIPT는 염색체 이수성 쌍둥이, 난자 기증자, 체외수정 임신의 경우 정확도의 한계성이 있으며 아주 드물지만 기술적 또는 사무적 오류 가능성이 존재합니다.
- GLC NIPT는 산모 내 Cell free DNA가 충분할 수 있는 필히 10~24주 사이에 검사하는 것으로 권고드리며, 10주 이내에는 Cell free DNA의 부족으로 위음성의 가능성이 있습니다.
- GLC NIPT는 소실 쌍둥이 증후군(Vanishing twin syndrome)에 대해 검사를 시행하지 않습니다
- GLC NIPT는 산모의 수혈, 이식 또는 줄기세포 치료 등의 외인성 DNA로 인한 위양성, 위음성의 결과의 가능성이 있으며 결과보고 시 성별은 보고하지 않습니다.

확인사항 및 동의사항

- 본인은 GLC NIPT 검사의 한계에 대해 충분히 설명을 듣고 이해하였으며, 담당의사로부터 본인의 문의사항에 대해 성실한 답변을 받았습니다.
- 본인은 GLC NIPT 검사가 Trisomy 21, 18, 13의 산전진단이 목적이며, 99% 이상의 검출률과 1% 미만의 위양성, 위음성 확률을 갖고 있음을 확인하였습니다.
- 본인은 GLC NIPT 검사를 받기 위해 신뢰할 수 있는 기관에 개인정보를 제공하는 것을 확인합니다.
- 본인이 제공한 혈액검체 또는 이로부터 추출한 DNA 농도부족, 비정상 결과 의심으로 인한 재채혈이 요구될 수 있음을 확인하였습니다.
- 본인은 GLC NIPT 검사의 분석결과가 산전진단의 참고자료이며, 임상적으로 활용되지 않는 진단자료뿐만임을 이해하였습니다.
- 본인은 GLC NIPT 검사 외에 품질보증 및 연구를 위해 개인정보가 삭제된 상태(익명화)로 활용되는 것에 동의합니다.
- 본인은 GLC NIPT 검사에 대해 음성으로 보고 받았으나, Trisomy 21, 18, 13을 보유한 기형아를 출산하였을 경우 위자료 만원을 받는 것에 동의합니다.

* 본인은 검사 의뢰 전 확인사항에 대하여 충분한 설명을 들어 이해하였습니다.

확인

* 본인은 상기 개인정보 제공에 동의하며, 본 검사를 신청합니다.

년 월 일 / 이름 (서명)

* 생명윤리 및 안전에 관한 법률 제51조에 의한 [유전자검사 동의서]는 별도로 작성하여야 합니다.(생명윤리법 별지 제52호 서식)

비침습적 산전검사 의뢰서

병원명		수진자명	성	이름(첫 번째)	이름(나머지 글자)	ID Label
진료과·병동		생년월일 / 나이	년	월	일 / 세	
담당의사		차트번호				
의뢰기관주소	(☎ - -)					
검체종류	<input type="checkbox"/> 혈액 (EDTA W/B) > 8mL	채취일시	년	월	일	
		AM/PM	:			
		의뢰일시	년	월	일	
		AM/PM	:			

태아 수	<input type="checkbox"/> 단태아	<input type="checkbox"/> 쌍태아(일란성/이란성)	산전 생화학적 혈액검사 시행 여부			
신장 / 체중 / BMI	cm /	Kg /	BMI	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 고위험군	<input type="checkbox"/> 저위험군
마지막 월경 시작일	년	월	일	초음파 특이소견		
초음파 임신주수	주	일	NT : mm			
시험관아기 시술여부	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 있음				
산과력	<input type="checkbox"/> 염색체 또는 유전자질환 임신 과거력 및 가족력 :					
	<input type="checkbox"/> 수혈 또는 줄기세포 치료 여부 :					
	<input type="checkbox"/> 기타 :					

의뢰검사 항목

단태아		쌍태아	
<input type="checkbox"/> GLC NIPT High(21,18,13,9,16,22 염색체 이상+성염색체 이수성 4종+미세결실 10종+기타 중복/결실 130종)	<input type="checkbox"/> GLC NIPT High(21,18,13,9,16,22 염색체 이상)	<input type="checkbox"/> GLC NIPT Regular(21,18,13,9,16,22 염색체 이상+성염색체 이수성 4종+미세결실 10종)	<input type="checkbox"/> GLC NIPT Regular(21,18,13 염색체 이상)
<input type="checkbox"/> GLC NIPT Lite(21,18,13 염색체 이상+성염색체 이수성 4종)			

검사 한계 및 특징 제한점

- GLC NIPT 검사는 Trisomy 21(다운증후군), Trisomy 18(에드워드증후군), Trisomy 13(파타우증후군)을 조기에 발견하는 선별 검사입니다.
- GLC NIPT 검사는 99% 이상의 검출률과 1% 미만의 위양성율을 갖고 있으나 확인법으로 분류할 수 없으나 정확도가 높고, 아주 효율적인 선별검사로 분류됩니다. 또한, 검사방법의 기술적 한계로 인하여, "위양성" 또는 "위음성"의 결과가 나올 수 있으므로, 고위험 결과의 경우 표준검사로 인정받는 염색체 핵형판독 또는 세포유전학적 마이크로어레이 검사방법으로 교차검사 하는 것을 추천드리며, 정상 결과의 경우에도 염색체 수 이상의 가능성을 배제할 수는 없습니다.
- GLC NIPT 검사는 단태아와 쌍태아에 대한 검사가 가능하나 쌍태아의 경우, 아직 대상군이 적고 현재까지의 연구결과를 기반으로 분석하며, 향후 더 많은 연구결과가 필요합니다. 성염색체 이수성 및 미세결실에 대해 분석하지 않으며 GLC NIPT Lite는 검사가 불가합니다. 그리고 다태아(3명이상)는 검사가 불가능합니다.
- 쌍태아 검사결과 고위험군일 경우 한 명 이상의 태아에서 위험성이 존재하며, 각각의 확인검사가 필요합니다.
- GLC NIPT는 염색체 이수성 쌍둥이, 난자 기증자, 체외수정 임신의 경우 정확도의 한계성이 있으며 아주 드물지만 기술적 또는 사무적 오류 가능성이 존재합니다.
- GLC NIPT는 산모 내 Cell free DNA가 충분할 수 있는 필히 10~24주 사이에 검사하는 것으로 권고드리며, 10주 이내에는 Cell free DNA의 부족으로 위음성의 가능성이 있습니다.
- GLC NIPT는 소실 쌍둥이 증후군(Vanishing twin syndrome)에 대해 검사를 시행하지 않습니다
- GLC NIPT는 산모의 수혈, 이식 또는 줄기세포 치료 등의 외인성 DNA로 인한 위양성, 위음성의 결과의 가능성이 있으며 결과보고 시 성별은 보고하지 않습니다.

확인사항 및 동의사항

- 본인은 GLC NIPT 검사의 한계에 대해 충분히 설명을 듣고 이해하였으며, 담당의사로부터 본인의 문의사항에 대해 성실한 답변을 받았습니다.
- 본인은 GLC NIPT 검사가 Trisomy 21, 18, 13의 산전진단이 목적이며, 99% 이상의 검출률과 1% 미만의 위양성, 위음성 확률을 갖고 있음을 확인하였습니다.
- 본인은 GLC NIPT 검사를 받기 위해 신뢰할 수 있는 기관에 개인정보를 제공하는 것을 확인합니다.
- 본인이 제공한 혈액검체 또는 이로부터 추출한 DNA 농도부족, 비정상 결과 의심으로 인한 재채혈이 요구될 수 있음을 확인하였습니다.
- 본인은 GLC NIPT 검사의 분석결과가 산전진단의 참고자료이며, 임상적으로 활용되지 않는 진단자료만을 이해하였습니다.
- 본인은 GLC NIPT 검사 외에 품질보증 및 연구를 위해 개인정보가 삭제된 상태(익명화)로 활용되는 것에 동의합니다.
- 본인은 GLC NIPT 검사에 대해 음성으로 보고 받았으나, Trisomy 21, 18, 13을 보유한 기형아를 출산하였을 경우 위자료 만원을 받는 것에 동의합니다.

※ 본인은 검사 의뢰 전 확인사항에 대하여 충분한 설명을 들어 이해하였습니다.

확인

※ 본인은 상기 개인정보 제공에 동의하며, 본 검사를 신청합니다.

년 월 일 / 이름 (서명)

※ 생명윤리 및 안전에 관한 법률 제51조에 의한 [유전자검사 동의서]는 별도로 작성하여야 합니다.(생명윤리법 별지 제52호 서식)

비침습적 산전검사 의뢰서

병원명		수진자명	성	이름(첫 번째)	이름(나머지 글자)	ID Label
진료과·병동		생년월일 / 나이	년	월	일 / 세	
담당의사		차트번호				
의뢰기관주소	(☎ - -)					
검체종류	<input type="checkbox"/> 혈액 (EDTA W/B) > 8mL	채취일시	년	월	일	
		AM/PM	:			
		의뢰일시	년	월	일	
		AM/PM	:			

태아 수	<input type="checkbox"/> 단태아	<input type="checkbox"/> 쌍태아(일란성/이란성)	산전 생화학적 혈액검사 시행 여부			
신장 / 체중 / BMI	cm /	Kg /	BMI	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 고위험군	<input type="checkbox"/> 저위험군
마지막 월경 시작일	년	월	일	초음파 특이소견		
초음파 임신주수	주	일	NT : mm			
시험관아기 시술여부	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 있음				
산과력	<input type="checkbox"/> 염색체 또는 유전자질환 임신 과거력 및 가족력 :					
	<input type="checkbox"/> 수혈 또는 줄기세포 치료 여부 :					
	<input type="checkbox"/> 기타 :					

의뢰검사 항목

단태아	쌍태아
<input type="checkbox"/> GLC NIPT High(21,18,13,9,16,22 염색체 이상+성염색체 이수성 4종+미세결실 10종+기타 중복/결실 130종)	<input type="checkbox"/> GLC NIPT High(21,18,13,9,16,22 염색체 이상)
<input type="checkbox"/> GLC NIPT Regular(21,18,13,9,16,22 염색체 이상+성염색체 이수성 4종+미세결실 10종)	<input type="checkbox"/> GLC NIPT Regular(21,18,13 염색체 이상)
<input type="checkbox"/> GLC NIPT Lite(21,18,13 염색체 이상+성염색체 이수성 4종)	

검사 한계 및 특징 제한점

- GLC NIPT 검사는 Trisomy 21(다운증후군), Trisomy 18(에드워드증후군), Trisomy 13(파타우증후군)을 조기에 발견하는 선별 검사입니다.
- GLC NIPT 검사는 99% 이상의 검출률과 1% 미만의 위양성율을 갖고 있으나 확진법으로 분류할 수 없으나 정확도가 높고, 아주 효율적인 선별검사로 분류됩니다. 또한, 검사방법의 기술적 한계로 인하여, "위양성" 또는 "위음성"의 결과가 나올 수 있으므로, 고위험 결과의 경우 표준검사로 인정받는 염색체 핵형판독 또는 세포유전학적 마이크로어레이 검사방법으로 교차검사 하는 것을 추천드리며, 정상 결과의 경우에도 염색체 수 이상의 가능성을 배제할 수는 없습니다.
- GLC NIPT 검사는 단태아와 쌍태아에 대한 검사가 가능하나 쌍태아의 경우, 아직 대상군이 적고 현재까지의 연구결과를 기반으로 분석하며, 향후 더 많은 연구결과가 필요 합니다. 성염색체 이수성 및 미세결실에 대해 분석하지 않으며 GLC NIPT Lite는 검사가 불가 합니다. 그리고 다태아(3명이상)는 검사가 불가능 합니다.
- 쌍태아 검사결과 고위험군일 경우 한 명 이상의 태아에서 위험성이 존재하며, 각각의 확진검사가 필요합니다.
- GLC NIPT는 염색체 이수성 쌍둥이, 난자 기증자, 체외수정 임신의 경우 정확도의 한계성이 있으며 아주 드물지만 기술적 또는 사무적 오류 가능성이 존재합니다.
- GLC NIPT는 산모 내 Cell free DNA가 충분할 수 있는 필히 10~24주 사이에 검사하는 것으로 권고드리며, 10주 이내에는 Cell free DNA의 부족으로 위음성의 가능성이 있습니다.
- GLC NIPT는 소실 쌍둥이 증후군(Vanishing twin syndrome)에 대해 검사를 시행하지 않습니다
- GLC NIPT는 산모의 수혈, 이식 또는 줄기세포 치료 등의 외인성 DNA로 인한 위양성, 위음성의 결과의 가능성이 있으며 결과보고 시 성별은 보고하지 않습니다.

확인사항 및 동의사항

- 본인은 GLC NIPT 검사의 한계에 대해 충분히 설명을 듣고 이해하였으며, 담당의사로부터 본인의 문의사항에 대해 성실한 답변을 받았습니다.
- 본인은 GLC NIPT 검사가 Trisomy 21, 18, 13의 산전진단이 목적이며, 99% 이상의 검출률과 1% 미만의 위양성, 위음성 확률을 갖고 있음을 확인하였습니다.
- 본인은 GLC NIPT 검사를 받기 위해 신뢰할 수 있는 기관에 개인정보를 제공하는 것을 확인합니다.
- 본인이 제공한 혈액검체 또는 이로부터 추출한 DNA 농도부족, 비정상 결과 의심으로 인한 재채혈이 요구될 수 있음을 확인하였습니다.
- 본인은 GLC NIPT 검사의 분석결과가 산전진단의 참고자료이며, 임상적으로 활용되지 않는 진단자료만을 이해하였습니다.
- 본인은 GLC NIPT 검사 외에 품질보증 및 연구를 위해 개인정보가 삭제된 상태(익명화)로 활용되는 것에 동의합니다.
- 본인은 GLC NIPT 검사에 대해 음성으로 보고 받았으나, Trisomy 21, 18, 13을 보유한 기형아를 출산하였을 경우 위자료 만원을 받는 것에 동의합니다.

* 본인은 검사 의뢰 전 확인사항에 대하여 충분한 설명을 들어 이해하였습니다.

확인

* 본인은 상기 개인정보 제공에 동의하며, 본 검사를 신청합니다.

년 월 일 / 이름 개인정보 보호를 위해 음영처리 하였습니다 (서명)

* 생명윤리 및 안전에 관한 법률 제51조에 의한 [유전자검사 동의서]는 별도로 작성하여야 합니다.(생명윤리법 별지 제52호 서식)

병원명		수진자명	성	이름(첫 번째)	이름(나머지 글자)	ID Label
진료과·병동		생년월일 / 나이	년	월	일 / 세	
담당의사		차트번호				
의료기관주소	(☎ - -)					
검체종류	<input type="checkbox"/> 혈액 (Heparin W/B) > 8mL	채취일시	년	월	일	
	<input type="checkbox"/> 양수 (Amniotifluid) > 20mL		AM/PM	:		
	<input type="checkbox"/> 용모막 (CVS)	의뢰일시	년	월	일	
	<input type="checkbox"/> 기타:		AM/PM	:		

태아 수	<input type="checkbox"/> 단태아	산전 생화학적 혈액검사 시행 여부			
	<input type="checkbox"/> 쌍태아(일란성/이란성)	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 저위험군		
신장 / 체중 / BMI	cm /	Kg /	BMI	초음파 특이소견	
마지막 월경 시작일	년	월	일	NT : mm	
초음파 임신주수	주 일				
산과력	<input type="checkbox"/> 염색체 또는 유전자질환 임신 과거력 및 가족력 : :				
	<input type="checkbox"/> Screen down(+)	<input type="checkbox"/> Screen Edward(+)	<input type="checkbox"/> Screen NTD(+)	<input type="checkbox"/> Turner SD	<input type="checkbox"/> 고령산모(35세이상)
	<input type="checkbox"/> Previous anomaly	<input type="checkbox"/> Thickened NT	<input type="checkbox"/> Azoospermia	<input type="checkbox"/> 자연유산	<input type="checkbox"/> 습관성 유산
	<input type="checkbox"/> 시험관아기	<input type="checkbox"/> 선천성 질환(질환명:)			
	<input type="checkbox"/> 기타 :				

사전 안내 및 동의사항

- [검사 목적1.]** 본인은 심장기형을 포함한 태아의 선천성기형이 발견되었거나 태아 목덜미 투명대의 두께가 두꺼워져 있는 등의 경우, 침습적 진단검사(용모막 검사, 양수검사, 제대혈검사 등)를 시행할 때 염색체 마이크로 어레이 검사를 추가로 선택할 수 있음에 대해 이해합니다.
- [검사 목적2.]** 본인은 염색체 마이크로어레이 검사가 일반적인 세포유전학적 검사로 발견할 수 없는 미세결실, 미세중복 등 염색체의 미세한 구조적 이상을 찾아내는 검사임에 대해 이해합니다.
- [검사 한계1.]** 본인은 염색체 마이크로어레이 검사가 모든 유전질환이나 증후군을 찾아낼 수는 없으며, 단일유전자 돌연변이 같은 특수한 유전질환도 진단할 수 없음에 대해 이해합니다.
- [검사 한계2.]** 본인은 염색체 마이크로어레이 검사로 확인된 결과가 실제로 질환과 직접적으로 연관이 될지 또는 얼마나 심하게 질환 발현이 될지를 완벽히 알려주지 못하고, 태아가 성인이 되어 발생하는 질환이나 증상이 없는 보인자인 경우에는 결과를 보고하지 않을 수도 있으며, 이런 경우에 대하여 사전에 설명을 들었으며 이에 대해 이해합니다.
- [검사 한계3.]** 본인은 발견된 변이가 그 의미를 알 수 없는 경우 (variant of uncertain significance, VUS)일 수 있고, 의뢰 목적과 관계없는 예측되지 못한 결과 (incidental findings unrelated to the reason for referral)도 검출될 수 있으며, 이런 경우에 대하여 사전에 설명을 들었으며 이에 대해 이해합니다.
- [검사 조치]** 본인은 산전진단검사로 염색체 마이크로어레이 검사를 사용한 경우, 유전적 변이에 대한 해석에 도움을 받기 위해 양측 부모에게 혈액검사가 추가로 요구될 수 있음에 대해 이해합니다.
- [검사 의뢰]** 본인은 정확한 개인 정보를 제공할 것을 약속하며, 검체가 검사기관에 도착한 후 10일 내에 결과를 볼 수 있음에 대해 이해합니다. 단, 양수배양, 검체 특성, 천재지변, 비상사태, 그 밖의 부득이한 경우에 결과가 지체될 수 있음에 대해 이해합니다.
- [검사 의뢰]** 본인은 DNA의 농도가 부족하거나, 검체의 손상 혹은 예측 불가능한 요인으로 인해 검체의 재채취가 요구될 수 있음에 대해 이해합니다.
- [검사 상담]** 본인은 염색체 마이크로어레이 검사 시행 전에 상담의사에게 검사의 목적과 한계 등에 대해 충분한 설명을 들었으며 이에 대해 이해합니다.

* 본인은 검사 의뢰 전 확인사항에 대하여 충분한 설명을 들어 이해하였습니다.

확인

* 본인은 상기 개인정보 제공에 동의하며, 본 검사를 신청합니다.

년 월 일 / 이름 (서명)

* 생명윤리 및 안전에 관한 법률 제51조에 의한 [유전자검사 동의서]는 별도로 작성하여야 합니다.(생명윤리법 별지 제52호 서식)

병원명		수진자명	성	이름(첫 번째)	이름(나머지 글자)	ID Label
진료과·병동		생년월일 / 나이	년	월	일 / 세	
담당의사		차트번호				
의료기관주소	(☎ - -)					
검체종류	<input type="checkbox"/> 혈액 (Heparin W/B) > 8mL	채취일시	년	월	일	
	<input type="checkbox"/> 양수 (Amniotifluid) > 20mL		AM/PM	:		
	<input type="checkbox"/> 용모막 (CVS)	의뢰일시	년	월	일	
	<input type="checkbox"/> 기타:		AM/PM	:		

태아 수	<input type="checkbox"/> 단태아	산전 생화학적 혈액검사 시행 여부			
	<input type="checkbox"/> 쌍태아(일란성/이란성)	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 저위험군		
신장 / 체중 / BMI	cm /	Kg /	BMI	초음파 특이소견	
마지막 월경 시작일	년	월	일	NT : mm	
초음파 임신주수	주 일				
산과력	<input type="checkbox"/> 염색체 또는 유전자질환 임신 과거력 및 가족력 : :				
	<input type="checkbox"/> Screen down(+)	<input type="checkbox"/> Screen Edward(+)	<input type="checkbox"/> Screen NTD(+)	<input type="checkbox"/> Turner SD	<input type="checkbox"/> 고령산모(35세이상)
	<input type="checkbox"/> Previous anomaly	<input type="checkbox"/> Thickened NT	<input type="checkbox"/> Azoospermia	<input type="checkbox"/> 자연유산	<input type="checkbox"/> 습관성 유산
	<input type="checkbox"/> 시험관아기	<input type="checkbox"/> 선천성 질환(질환명:)			
	<input type="checkbox"/> 기타 :				

사전 안내 및 동의사항

- [검사 목적1.]** 본인은 심장기형을 포함한 태아의 선천성기형이 발견되었거나 태아 목덜미 투명대의 두께가 두꺼워져 있는 등의 경우, 침습적 진단검사(용모막 검사, 양수검사, 제대혈검사 등)를 시행할 때 염색체 마이크로 어레이 검사를 추가로 선택할 수 있음에 대해 이해합니다.
- [검사 목적2.]** 본인은 염색체 마이크로어레이 검사가 일반적인 세포유전학적 검사로 발견할 수 없는 미세결실, 미세중복 등 염색체의 미세한 구조적 이상을 찾아내는 검사임에 대해 이해합니다.
- [검사 한계1.]** 본인은 염색체 마이크로어레이 검사가 모든 유전질환이나 증후군을 찾아낼 수는 없으며, 단일유전자 돌연변이 같은 특수한 유전질환도 진단할 수 없음에 대해 이해합니다.
- [검사 한계2.]** 본인은 염색체 마이크로어레이 검사로 확인된 결과가 실제로 질환과 직접적으로 연관이 될지 또는 얼마나 심하게 질환 발현이 될지를 완벽히 알려주지 못하고, 태아가 성인이 되어 발생하는 질환이나 증상이 없는 보인자인 경우에는 결과를 보고하지 않을 수도 있으며, 이런 경우에 대하여 사전에 설명을 들었으며 이에 대해 이해합니다.
- [검사 한계3.]** 본인은 발견된 변이가 그 의미를 알 수 없는 경우 (variant of uncertain significance, VUS)일 수 있고, 의뢰 목적과 관계없는 예측되지 못한 결과 (incidental findings unrelated to the reason for referral)도 검출될 수 있으며, 이런 경우에 대하여 사전에 설명을 들었으며 이에 대해 이해합니다.
- [검사 조치]** 본인은 산전진단검사로 염색체 마이크로어레이 검사를 사용한 경우, 유전적 변이에 대한 해석에 도움을 받기 위해 양측 부모에게 혈액검사가 추가로 요구될 수 있음에 대해 이해합니다.
- [검사 의뢰]** 본인은 정확한 개인 정보를 제공할 것을 약속하며, 검체가 검사기관에 도착한 후 10일 내에 결과를 볼 수 있음에 대해 이해합니다. 단, 양수배양, 검체 특성, 천재지변, 비상사태, 그 밖의 부득이한 경우에 결과가 지체될 수 있음에 대해 이해합니다.
- [검사 의뢰]** 본인은 DNA의 농도가 부족하거나, 검체의 손상 혹은 예측 불가능한 요인으로 인해 검체의 재채취가 요구될 수 있음에 대해 이해합니다.
- [검사 상담]** 본인은 염색체 마이크로어레이 검사 시행 전에 상담의사에게 검사의 목적과 한계 등에 대해 충분한 설명을 들었으며 이에 대해 이해합니다.

* 본인은 검사 의뢰 전 확인사항에 대하여 충분한 설명을 들어 이해하였습니다.

확인

* 본인은 상기 개인정보 제공에 동의하며, 본 검사를 신청합니다.

년 월 일 / 이름 (서명)

* 생명윤리 및 안전에 관한 법률 제51조에 의한 [유전자검사 동의서]는 별도로 작성하여야 합니다.(생명윤리법 별지 제52호 서식)

병원명	수진자명	성	이름(첫 번째)	이름(나머지 글자)	ID Label
진료과·병동	생년월일 / 나이	년	월	일 / 세	
담당의사	차트번호				
의뢰기관주소	(☎ - -)				
검체종류	<input type="checkbox"/> 혈액 (Heparin W/B) > 8mL <input type="checkbox"/> 양수 (Amniotifluid) > 20mL <input type="checkbox"/> 용모막 (CVS) <input type="checkbox"/> 기타:	채취일시	년	월	
		의뢰일시	AM/PM	:	

태아 수	<input type="checkbox"/> 단태아	산전 생화학적 혈액검사 시행 여부			
	<input type="checkbox"/> 쌍태아(일란성/이란성)	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 저위험군		
신장 / 체중 / BMI	cm /	Kg /	BMI	초음파 특이소견	
마지막 월경 시작일	년	월	일	NT : mm	
초음파 임신주수	주		일		
산과력	<input type="checkbox"/> 염색체 또는 유전자질환 임신 과거력 및 가족력 : :				
	<input type="checkbox"/> Screen down(+)	<input type="checkbox"/> Screen Edward(+)	<input type="checkbox"/> Screen NTD(+)	<input type="checkbox"/> Turner SD	<input type="checkbox"/> 고령산모(35세이상)
	<input type="checkbox"/> Previous anomaly	<input type="checkbox"/> Thickened NT	<input type="checkbox"/> Azoospermia	<input type="checkbox"/> 자연유산	<input type="checkbox"/> 습관성 유산
	<input type="checkbox"/> 시험관아기	<input type="checkbox"/> 선천성 질환(질환명:)			
	<input type="checkbox"/> 기타 :				

사전 안내 및 동의사항

- [검사 목적1.] 본인은 심장기형을 포함한 태아의 선천성기형이 발견되었거나 태아 목덜미 투명대의 두께가 두꺼워져 있는 등의 경우, 침습적 진단검사(용모막 검사, 양수검사, 제대혈검사 등)를 시행할 때 염색체 마이크로 어레이 검사를 추가로 선택할 수 있음에 대해 이해합니다.
- [검사 목적2.] 본인은 염색체 마이크로어레이 검사가 일반적인 세포유전학적 검사로 발견할 수 없는 미세결실, 미세중복 등 염색체의 미세한 구조적 이상을 찾아내는 검사임에 대해 이해합니다.
- [검사 한계1.] 본인은 염색체 마이크로어레이 검사가 모든 유전질환이나 증후군을 찾아낼 수는 없으며, 단일유전자 돌연변이 같은 특수한 유전질환도 진단할 수 없음에 대해 이해합니다.
- [검사 한계2.] 본인은 염색체 마이크로어레이 검사로 확인된 결과가 실제로 질환과 직접적으로 연관이 될지 또는 얼마나 심하게 질환 발현이 될지를 완벽히 알려주지 못하고, 태아가 성인이 되어 발생하는 질환이나 증상이 없는 보인자인 경우에는 결과를 보고하지 않을 수도 있으며, 이런 경우에 대하여 사전에 설명을 들었으며 이에 대해 이해합니다.
- [검사 한계3.] 본인은 발견된 변이가 그 의미를 알 수 없는 경우 (variant of uncertain significance, VUS)일 수 있고, 의뢰 목적과 관계없는 예측되지 못한 결과 (incidental findings unrelated to the reason for referral)도 검출될 수 있으며, 이런 경우에 대하여 사전에 설명을 들었으며 이에 대해 이해합니다.
- [검사 조치] 본인은 산전진단검사로 염색체 마이크로어레이 검사를 사용한 경우, 유전적 변이에 대한 해석에 도움을 받기 위해 양측 부모에게 혈액검사가 추가로 요구될 수 있음에 대해 이해합니다.
- [검사 의뢰] 본인은 정확한 개인 정보를 제공할 것을 약속하며, 검체가 검사기관에 도착한 후 10일 내에 결과를 볼 수 있음에 대해 이해합니다. 단, 양수배양, 검체 특성, 천체지변, 비상사태, 그 밖의 부득이한 경우에 결과가 지체될 수 있음에 대해 이해 합니다.
- [검사 의뢰] 본인은 DNA의 농도가 부족하거나, 검체의 손상 혹은 예측 불가능한 요인으로 인해 검체의 재채취가 요구될 수 있음에 대해 이해합니다.
- [검사 상담] 본인은 염색체 마이크로어레이 검사 시행 전에 상담의사에게 검사의 목적과 한 계 등에 대해 충분한 설명을 들었으며 이에 대해 이해합니다.

* 본인은 검사 의뢰 전 확인사항에 대하여 충분한 설명을 들어 이해하였습니다.

확인

* 본인은 상기 개인정보 제공에 동의하며, 본 검사를 신청합니다.

년 월 일 / 이름 개인정보 보호를 위해 음영처리 하였습니다 (서명)

* 생명윤리 및 안전에 관한 법률 제51조에 의한 [유전자검사 동의서]는 별도로 작성하여야 합니다.(생명윤리법 별지 제52호 서식)