

비침습적 산전검사 의뢰서

병 원 명 *		수진자명 *	성	이름(첫 번째)	이름(나머지 글자)	※ 의뢰서 내 “*” 표기된 항목은 유전체 검사의 특성상 필수로 기재 및 체크 해주셔야 검사가 가능합니다. ID Label
진료과 · 병동		생년월일 / 나이 *	년	월	일 / 세	
담당의사 *	(서명)	차트번호 *				
의뢰기관주소 *	(☎ - -)					
검체종류 *	☐ 혈액 (EDTA W/B)	채취일시 *	년	월	일	
		AM/PM	:			
		의뢰일시 *	년	월	일	
		AM/PM	:			

태아 수 *	☐ 단태아 ☐ 쌍태아(일란성/이란성)	산전 생화학적 혈액검사 시행 여부 *
신장 / 체중 *	cm / Kg	☐ 없음 ☐ 고위험군 ☐ 저위험군
초음파 임신주수 *	주 일	수혈, 이식 또는 줄기세포 치료 여부 *
초음파 특이소견 *		
시험관외 임신 여부	☐ 없음 ☐ 있음	
의뢰사유 *	☐ 염색체 또는 유전자질환 임신 과거력 및 가족력 : ☐ Screen Down(+) ☐ Screen Edward(+) ☐ Screen NTD(+) ☐ Turner SD ☐ 고령산모(35세이상) ☐ 기타 :	

의뢰검사 항목 *

단태아	쌍태아
☐ GLC NIPT High(21,18,13,9,16,22 염색체 이상+성염색체 이수성 4종+미세결실 15종+기타 중복/결실 125종)	☐ GLC NIPT High(21,18,13,9,16,22 염색체 이상)
☐ GLC NIPT Regular(21,18,13,9,16,22 염색체 이상+성염색체 이수성 4종+미세결실 10종)	☐ GLC NIPT Regular(21,18,13 염색체 이상)
☐ GLC NIPT Lite(21,18,13 염색체 이상+성염색체 이수성 4종)	

검사 한계 및 특징 제한점

1. GLC NIPT 검사는 Trisomy 21(다운증후군), Trisomy 18(에드워드증후군), Trisomy 13(파타우증후군)을 조기에 발견하는 선별 검사입니다.
2. 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.
3. 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.
4. 쌍태아 검사결과 고위험군일 경우 한 명 이상의 태아에서 위험성이 존재하며, 각각의 확인검사가 필요합니다.
5. GLC NIPT는 염색체 이수성 쌍둥이, 난자 기증자, 체외수정 임신의 경우 정확도의 한계성이 있으며 아주 드물지만 기술적 또는 사무적 오류 가능성이 존재합니다.
6. 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.
7. GLC NIPT는 소실 쌍둥이 증후군(Vanishing twin syndrome)에 대해 검사를 시행하지 않습니다
8. GLC NIPT는 산모의 수혈, 이식 또는 줄기세포 치료 등의 외인성 DNA로 인한 위양성, 위음성의 결과의 가능성이 있습니다.

확인사항 및 동의사항

1. 본인은 GLC NIPT 검사의 한계에 대해 충분히 설명을 듣고 이해하였으며, 담당의사로부터 본인의 문의사항에 대해 성실한 답변을 받았습니다.
2. 본인은 GLC NIPT 검사가 Trisomy 21, 18, 13의 산전진단에 목적이며, 99% 이상의 검출률과 1% 미만의 위양성, 위음성 확률을 갖고 있음을 확인하였습니다.
3. 본인은 GLC NIPT 검사를 받기 위해 신뢰할 수 있는 기관에 개인정보를 제공하는 것을 확인합니다.
4. 본인이 제공한 혈액검체 또는 이로부터 추출한 DNA 농도부족, 비정상 결과 의심으로 인한 재채혈이 요구될 수 있음을 확인하였습니다.
5. 본인은 GLC NIPT 검사의 분석결과가 산전진단의 참고자료로, 선별검사임을 이해하였습니다.
6. 본인은 GLC NIPT 검사 외에 품질보증 및 연구를 위해 개인정보가 삭제된 상태(익명화)로 활용되는 것에 동의합니다.
7. 본인은 GLC NIPT 검사에 대해 음성으로 보고 받았으나, Trisomy 21, 18, 13을 보유한 기형아를 출산하였을 경우 위자료 2000만원을 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)	※ 의뢰서 내 “*” 표기된 항목은 유전체 검사의 특성상 필수로 기재 및 체크 해주셔야 검사가 가능합니다. ID Label
진료과 · 병동	생년월일 / 나이 *		년	월	일 / 세	
담당의사 *	(서명)	차트번호 *				
의뢰기관주소 *	(☎ - -)					
검체종류 *	☐ 혈액 (EDTA W/B)	채취일시 *	년	월	일	
		AM/PM	:			
		의뢰일시 *	년	월	일	
		AM/PM	:			

태아 수 *	☐ 단태아 ☐ 쌍태아(일란성/이란성)	산전 생화학적 혈액검사 시행 여부 *
신장 / 체중 *	cm / Kg	☐ 없음 ☐ 고위험군 ☐ 저위험군
초음파 임신주수 *	주 일	수혈, 이식 또는 줄기세포 치료 여부 *
초음파 특이소견 *		
시험관외 임신 여부	☐ 없음 ☐ 있음	
의뢰사유 *	☐ 염색체 또는 유전자질환 임신 과거력 및 가족력 :	
	☐ Screen Down(+) ☐ Screen Edward(+) ☐ Screen NTD(+) ☐ Turner SD ☐ 고령산모(35세이상)	
	☐ 기타 :	

의뢰검사 항목 *

단태아	쌍태아
☐ GLC NIPT High(21,18,13,9,16,22 염색체 이상+성염색체 이수성 4종+미세결실 15종+기타 중복/결실 125종)	☐ GLC NIPT High(21,18,13,9,16,22 염색체 이상)
☐ GLC NIPT Regular(21,18,13,9,16,22 염색체 이상+성염색체 이수성 4종+미세결실 10종)	☐ GLC NIPT Regular(21,18,13 염색체 이상)
☐ GLC NIPT Lite(21,18,13 염색체 이상+성염색체 이수성 4종)	

검사 한계 및 특징 제한점

1. GLC NIPT 검사는 Trisomy 21(다운증후군), Trisomy 18(에드워드증후군), Trisomy 13(파타우증후군)을 조기에 발견하는 선별 검사입니다.
2. 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.
3. 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.
4. 쌍태아 검사결과 고위험군일 경우 한 명 이상의 태아에서 위험성이 존재하며, 각각의 확인검사가 필요합니다.
5. GLC NIPT는 염색체 이수성 쌍둥이, 난자 기증자, 체외수정 임신의 경우 정확도의 한계성이 있으며 아주 드물지만 기술적 또는 사무적 오류 가능성이 존재합니다.
6. 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.
7. GLC NIPT는 소실 쌍둥이 증후군(Vanishing twin syndrome)에 대해 검사를 시행하지 않습니다
8. GLC NIPT는 산모의 수혈, 이식 또는 줄기세포 치료 등의 외인성 DNA로 인한 위양성, 위음성의 결과의 가능성이 있습니다.

확인사항 및 동의사항

1. 본인은 GLC NIPT 검사의 한계에 대해 충분히 설명을 듣고 이해하였으며, 담당의사로부터 본인의 문의사항에 대해 성실한 답변을 받았습니다.
2. 본인은 GLC NIPT 검사가 Trisomy 21, 18, 13의 산전진단에 목적이며, 99% 이상의 검출률과 1% 미만의 위양성, 위음성 확률을 갖고 있음을 확인하였습니다.
3. 본인은 GLC NIPT 검사를 받기 위해 신뢰할 수 있는 기관에 개인정보를 제공하는 것을 확인합니다.
4. 본인이 제공한 혈액검체 또는 이로부터 추출한 DNA 농도부족, 비정상 결과 의심으로 인한 재채혈이 요구될 수 있음을 확인하였습니다.
5. 본인은 GLC NIPT 검사의 분석결과가 산전진단의 참고자료로, 선별검사임을 이해하였습니다.
6. 본인은 GLC NIPT 검사 외에 품질보증 및 연구를 위해 개인정보가 삭제된 상태(익명화)로 활용되는 것에 동의합니다.
7. 본인은 GLC NIPT 검사에 대해 음성으로 보고 받았으나, Trisomy 21, 18, 13을 보유한 기형아를 출산하였을 경우 위자료 2000만원을 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)	※ 의뢰서 내 “*” 표기된 항목은 유전체 검사의 특성상 필수로 기재 및 체크 해주셔야 검사가 가능합니다. ID Label
진료과 · 병동		생년월일 / 나이 *	년	월	일 / 세	
담당의사 *	(서명)	차트번호 *				
의뢰기관주소 *	(☎ - -)					
검체종류 *	☐ 혈액 (EDTA W/B)	채취일시 *	년	월	일	
		AM/PM	:			
		의뢰일시 *	년	월	일	
		AM/PM	:			

태아 수 *	☐ 단태아 ☐ 쌍태아(일란성/이란성)	산전 생화학적 혈액검사 시행 여부 *
신장 / 체중 *	cm / Kg	☐ 없음 ☐ 고위험군 ☐ 저위험군
초음파 임신주수 *	주 일	수혈, 이식 또는 줄기세포 치료 여부 *
초음파 특이소견 *		
시험관외 임신 여부	☐ 없음 ☐ 있음	
의뢰사유 *	☐ 염색체 또는 유전자질환 임신 과거력 및 가족력 : ☐ Screen Down(+) ☐ Screen Edward(+) ☐ Screen NTD(+) ☐ Turner SD ☐ 고령산모(35세이상) ☐ 기타 :	

의뢰검사 항목 *

단태아	쌍태아
☐ GLC NIPT High(21,18,13,9,16,22 염색체 이상+성염색체 이수성 4종+미세결실 15종+기타 중복/결실 125종)	☐ GLC NIPT High(21,18,13,9,16,22 염색체 이상)
☐ GLC NIPT Regular(21,18,13,9,16,22 염색체 이상+성염색체 이수성 4종+미세결실 10종)	☐ GLC NIPT Regular(21,18,13 염색체 이상)
☐ GLC NIPT Lite(21,18,13 염색체 이상+성염색체 이수성 4종)	

검사 한계 및 특징 제한점

1. GLC NIPT 검사는 Trisomy 21(다운증후군), Trisomy 18(에드워드증후군), Trisomy 13(파타우증후군)을 조기에 발견하는 선별 검사입니다.
2. 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.
3. 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.
4. 쌍태아 검사결과 고위험군일 경우 한 명 이상의 태아에서 위험성이 존재하며, 각각의 확인검사가 필요합니다.
5. GLC NIPT는 염색체 이수성 쌍둥이, 난자 기증자, 체외수정 임신의 경우 정확도의 한계성이 있으며 아주 드물지만 기술적 또는 사무적 오류 가능성이 존재합니다.
6. 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.
7. GLC NIPT는 소실 쌍둥이 증후군(Vanishing twin syndrome)에 대해 검사를 시행하지 않습니다
8. GLC NIPT는 산모의 수혈, 이식 또는 줄기세포 치료 등의 외인성 DNA로 인한 위양성, 위음성의 결과의 가능성이 있습니다.

확인사항 및 동의사항

1. 본인은 GLC NIPT 검사의 한계에 대해 충분히 설명을 듣고 이해하였으며, 담당의사로부터 본인의 문의사항에 대해 성실한 답변을 받았습니다.
2. 본인은 GLC NIPT 검사가 Trisomy 21, 18, 13의 산전진단에 목적이며, 99% 이상의 검출률과 1% 미만의 위양성, 위음성 확률을 갖고 있음을 확인하였습니다.
3. 본인은 GLC NIPT 검사를 받기 위해 신뢰할 수 있는 기관에 개인정보를 제공하는 것을 확인합니다.
4. 본인이 제공한 혈액검체 또는 이로부터 추출한 DNA 농도부족, 비정상 결과 의심으로 인한 재채혈이 요구될 수 있음을 확인하였습니다.
5. 본인은 GLC NIPT 검사의 분석결과가 산전진단의 참고자료로, 선별검사임을 이해하였습니다.
6. 본인은 GLC NIPT 검사 외에 품질보증 및 연구를 위해 개인정보가 삭제된 상태(익명화)로 활용되는 것에 동의합니다.
7. 본인은 GLC NIPT 검사에 대해 음성으로 보고 받았으나, Trisomy 21, 18, 13을 보유한 기형아를 출산하였을 경우 위자료 2000만원을 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)

Cytogenomic Microarray Analysis

검사의뢰서(GLC Special Set)

[의료기관용1]

병원명 *		수진자명 *	성	이름(첫 번째)	이름(나머지 글자)	※ 의뢰서 내 “*” 표기된 항목은 유전체 검사의 특성상 필수로 기재 및 체크 해주셔야 검사가 가능합니다. ID Label
진료과 · 병동		생년월일 / 나이 *	년	월	일 / 세	
담당의사 *	(서명)	차트번호 *				
의뢰기관주소 *	(☎ - -)					
검체종류 *	☐ 혈액 (EDTA W/B) ☐ 양수 (Amniotic fluid) ☐ 용모막 (CVS) ☐ 기타:	채취일시 *	년	월	일	
		AM/PM	:			
		의뢰일시 *	년	월	일	
		AM/PM	:			

임신주수 *	주	일	산전 생화학적 혈액검사 시행 여부 *
태아 수 *	☐ 단태아 ☐ 쌍태아(일란성/이란성)		☐ 미시행 ☐ 저위험군 ☐ 고위험군(☐ Trisomy 21 / ☐ Trisomy 18 / ☐ Trisomy 13) ☐ 기타:
신장 / 체중	cm /	Kg	
초음파 특이소견 *	☐ 염색체 또는 유전 질환 임신 과거력 및 가족력 :		
의뢰사유 *	☐ Screen Down(+) ☐ Screen Edward(+) ☐ Screen NTD(+) ☐ Turner SD ☐ 고령산모(35세이상)		
	☐ Previous anomaly ☐ Thickened NT ☐ Azoospermia ☐ 자연유산 ☐ 습관성 유산		
	☐ 시험관아기 ☐ 선천성 질환(질환명 :)		
	☐ 기타 :		

※ 검사목적과 상관없이 우연히 발견된 검사결과(Incidental Finding)를 통보 받으시겠습니까? * ☐ 예 ☐ 아니오

사전 안내 및 동의사항

- [검사 목적 1] 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 마이크로어레이 검사를 추가로 선택할 수 있음에 대해 이해합니다.
- [검사 목적 2] 본인은 염색체 마이크로어레이 검사가 일반적인 세포유전학적 검사로 발견할 수 없는 미세결실, 미세중복 등 염색체의 미세한 수적 이상을 찾아내는 검사임에 대해 이해합니다.
- [검사 한계 1] 본인은 염색체 마이크로어레이 검사가 모든 유전질환이나 중후군을 찾아낼 수는 없으며, 단일유전자 돌연변이 같은 특수한 유전질환도 진단할 수 없음에 대해 이해합니다.
- [검사 한계 2] 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 한계 3] 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)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 1] 본인은 정확한 개인 정보를 제공할 것을 약속하며, 검체가 검사기관에 도착한 후 14일 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 2] 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)

Cytogenomic Microarray Analysis

검사의뢰서(GLC Special Set)

[의료기관용2]

병원명 *		수진자명 *	성	이름(첫 번째)	이름(나머지 글자)	※ 의뢰서 내 “*” 표기된 항목은 유전체 검사의 특성상 필수로 기재 및 체크 해주셔야 검사가 가능합니다. ID Label
진료과 · 병동		생년월일 / 나이 *	년	월	일 / 세	
담당의사 *	(서명)	차트번호 *				
의뢰기관주소 *	(☎ - -)					
검체종류 *	☐ 혈액 (EDTA W/B) ☐ 양수 (Amniotic fluid) ☐ 용모막 (CVS) ☐ 기타:	채취일시 *	년	월	일	
		AM/PM	:			
		의뢰일시 *	년	월	일	
		AM/PM	:			

임신주수 *	주	일	산전 생화학적 혈액검사 시행 여부 *
태아 수 *	☐ 단태아 ☐ 쌍태아(일란성/이란성)		☐ 미시행 ☐ 저위험군 ☐ 고위험군(☐ Trisomy 21/ ☐ Trisomy 18/ ☐ Trisomy 13) ☐ 기타:
신장 / 체중	cm /	Kg	
초음파 특이소견 *	☐ 염색체 또는 유전 질환 임신 과거력 및 가족력:		
의뢰사유 *	☐ Screen Down(+) ☐ Screen Edward(+) ☐ Screen NTD(+) ☐ Turner SD ☐ 고령산모(35세이상)		
	☐ Previous anomaly ☐ Thickened NT ☐ Azoospermia ☐ 자연유산 ☐ 습관성 유산		
	☐ 시험관아기 ☐ 선천성 질환(질환명:)		
	☐ 기타:		

※ 검사목적과 상관없이 우연히 발견된 검사결과(Incidental Finding)를 통보 받으시겠습니까? * ☐ 예 ☐ 아니오

사전 안내 및 동의사항

- [검사 목적 1] 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 마이크로어레이 검사를 추가로 선택할 수 있음에 대해 이해합니다.
- [검사 목적 2] 본인은 염색체 마이크로어레이 검사가 일반적인 세포유전학적 검사로 발견할 수 없는 미세결실, 미세중복 등 염색체의 미세한 수적 이상을 찾아내는 검사임에 대해 이해합니다.
- [검사 한계 1] 본인은 염색체 마이크로어레이 검사가 모든 유전질환이나 중후군을 찾아낼 수는 없으며, 단일유전자 돌연변이 같은 특수한 유전질환도 진단할 수 없음에 대해 이해합니다.
- [검사 한계 2] 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 한계 3] 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)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 1] 본인은 정확한 개인 정보를 제공할 것을 약속하며, 검체가 검사기관에 도착한 후 14일 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 2] 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)

Cytogenomic Microarray Analysis

검사의뢰서(GLC Special Set)

[검사기관용]

병원명 *		수진자명 *	성	이름(첫 번째)	이름(나머지 글자)	※ 의뢰서 내 “*” 표기된 항목은 유전체 검사의 특성상 필수로 기재 및 체크 해주셔야 검사가 가능합니다. ID Label
진료과 · 병동		생년월일 / 나이 *	년	월	일 / 세	
담당의사 *	(서명)	차트번호 *				
의뢰기관주소 *	(☎ - -)					
검체종류 *	☐ 혈액 (EDTA W/B) ☐ 양수 (Amniotic fluid) ☐ 용모막 (CVS) ☐ 기타:	채취일시 *	년	월	일	
		의뢰일시 *	AM/PM	:		
			년	월	일	
			AM/PM	:		

임신주수 *	주	일	산전 생화학적 혈액검사 시행 여부 *
태아 수 *	☐ 단태아 ☐ 쌍태아(일란성/이란성)		☐ 미시행 ☐ 저위험군 ☐ 고위험군(☐ Trisomy 21 / ☐ Trisomy 18 / ☐ Trisomy 13) ☐ 기타:
신장 / 체중	cm /	Kg	
초음파 특이소견 *	☐ 염색체 또는 유전 질환 임신 과거력 및 가족력:		
의뢰사유 *	☐ Screen Down(+) ☐ Screen Edward(+) ☐ Screen NTD(+) ☐ Turner SD ☐ 고령산모(35세이상)		
	☐ Previous anomaly ☐ Thickened NT ☐ Azoospermia ☐ 자연유산 ☐ 습관성 유산		
	☐ 시험관아기 ☐ 선천성 질환(질환명:)		
	☐ 기타:		

※ 검사목적과 상관없이 우연히 발견된 검사결과(Incidental Finding)를 통보 받으시겠습니까? *	☐ 예 ☐ 아니요
--	---

사전 안내 및 동의사항

- [검사 목적 1] 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 마이크로어레이 검사를 추가로 선택할 수 있음에 대해 이해합니다.
- [검사 목적 2] 본인은 염색체 마이크로어레이 검사가 일반적인 세포유전학적 검사로 발견할 수 없는 미세결실, 미세중복 등 염색체의 미세한 수적 이상을 찾아내는 검사임에 대해 이해합니다.
- [검사 한계 1] 본인은 염색체 마이크로어레이 검사가 모든 유전질환이나 중후군을 찾아낼 수는 없으며, 단일유전자 돌연변이 같은 특수한 유전질환도 진단할 수 없음에 대해 이해합니다.
- [검사 한계 2] 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 한계 3] 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)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 1] 본인은 정확한 개인 정보를 제공할 것을 약속하며, 검체가 검사기관에 도착한 후 14일 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 2] 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. *	※ 본인은 상기 개인정보 제공에 동의하며, 본 검사를 신청합니다. *
☐ 확인	년 월 일 / 이름 개인정보 보호를 위해 음영처리 하였음 (서명)

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