

선천성기형 및 염색체이상 검사의뢰서

수진자명				생년월일			
의뢰기관명				Chart No.	병동		
의뢰기관기호				담당의사			
검체채취일시	년	월	일	시	의뢰일	검체종류	<input type="checkbox"/> 혈청 <input type="checkbox"/> 양수 <input type="checkbox"/> 용모막 <input type="checkbox"/> 기타()

산모 History

생년월일	년	월	일	최종월경일	월	일	초음파주수	CRL	주	일()mm
인종	<input type="checkbox"/> Y	<input type="checkbox"/> W	<input type="checkbox"/> B	재검여부	<input type="checkbox"/> 초검	<input type="checkbox"/> 재검		BPD	주	일()mm
체중	kg			다태임신	<input type="checkbox"/> 2명	<input type="checkbox"/> 3명	<input type="checkbox"/> 4명	Nuchal Translucency	mm	
흡연유무	<input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무		당뇨유무	<input type="checkbox"/> 유	<input type="checkbox"/> 무				
다운증후군 기왕력				신경관결손 기왕력				<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	

*NT : Dual Test, 1차 Integrated Test, 1차 Sequential Test 의뢰시 기입

1차 선별 검사		2차 정밀 검사	
<input type="checkbox"/> 19040	Dual Test : 임신 10주~13주 6일 (PAPP-A, Free β -hCG, NT)	<input type="checkbox"/> 13196	양수 AFP
<input type="checkbox"/> 20004	Triple Test : 임신 14주~22주 6일 (AFP, hCG, uE3)	<input type="checkbox"/> 13192	양수 AChE
<input type="checkbox"/> 19039	Quad Test : 임신 14주~22주 6일 (AFP, hCG, uE3, Inhibin A)	<input type="checkbox"/> 18002	양수 Chromosome
<input type="checkbox"/> 13301	MS-AFP : 임신 14주~22주 6일	<input type="checkbox"/> 18005	용모막 Chromosome
<input type="checkbox"/> 26015	1차 Integrated Test : 임신 10주~13주 6일 (PAPP-A, NT)	<input type="checkbox"/> 18003	말초혈액 Chromosome
<input type="checkbox"/> 26016	2차 Integrated Test : 임신 14주~22주 6일 (AFP, hCG, uE3, Inhibin A)	<input type="checkbox"/> 18006	태아조직 Chromosome
<input type="checkbox"/> 26017	1차 Sequential Test : 임신 10주~13주 6일 (PAPP-A, Free β -hCG, NT)	<input type="checkbox"/> 13499	QF-PCR (Trisomy 13, 18, 21)
<input type="checkbox"/> 26018	2차 Sequential Test : 임신 14주~22주 6일 (AFP, hCG, uE3, Inhibin A)	<input type="checkbox"/> 13599	QF-PCR 5종 (Trisomy 13, 18, 21, Turner syndrome, Klinefelter syndrome)
기타소견			



LabGenomics
Clinical Laboratories

검사(요양)기관기호 41355709
경기도 성남시 분당구 판교로 375
TEL:031-628-0700, FAX:031-628-0701
www.labgenomics.com

LGR_S006 Rev(2) 20.06.01

..... 절 취 선

..... 절 취 선

산전 기형아 선별검사 동의서

- 임신 중 시행되는 태아의 기형아 선별검사는 검사에 따라 임신초기(10~13주)와 임신중기(14~22주)에 시행되며 다운증후군과 에드워드 증후군, 그리고 개방형 신경관 결손 태아를 선별하는 검사입니다.
Dual test : 임신초기(10~13주) 검사 시행, 다운증후군 발견율 80%
Triple test : 임신중기(14~22주) 검사 시행, 다운증후군 발견율 60%
Quad test : 임신중기(14~22주) 검사 시행, 다운증후군 발견율 78~80%
Integrated/Sequential test : 임신초기(1차)와 임신중기(2차)의 2단계로 검사 시행, 다운증후군 발견율 92~93%
 - 임신초기 Dual test 의뢰 시 개방형 신경관 결손을 확인하지 못하므로 임신중기 AFP검사를 시행하여 개방형 신경관 결손 태아를 선별해야 합니다.
 - Integrated test는 임신초기 검사 진행 후에는 결과 보고 되지 않고 임신중기 검사를 진행 후 통합 분석하여 결과(위험도)보고합니다.
 - 기형아 선별검사서에서 다운증후군 및 에드워드 증후군에서 고위험군으로 판정받은 경우, 양수 천자 혹은 용모막 용모생검을 통한 염색체 검사를 실시하여 확인해야 합니다.
 - 기형아 선별검사서에서 개방형 신경관 결손에 대해 고위험군으로 판정받은 경우 양수 AFP 검사, 양수 AChE검사, 염색체검사, 정밀 초음파 검사 등을 추가 검사를 진행하여 확인해야 합니다.
 - 산전 기형아 선별검사는 확진검사가 아니기 때문에 위양성 또는 위음성 결과가 나올 수 있으며, 저위험군으로 판정받은 경우라도 태아가 정상임을 보증하는 것은 아닙니다. 또한 본 검사를 통해 기타 다른 염색체 이상 여부를 확인할 수 없습니다.
- ※ 본인은 산전 기형아 선별검사의 목적을 잘 이해하였으며, 아울러 검사의 필요성 및 제한점을 확인하였습니다. 또한 본인의 질문에 대하여 담당주치의로부터 상세한 답변을 듣고 본 검사를 신청합니다.

신청일 : 년 월 일

신청인 : (서명)
상담자 : (서명)
담당주치의 : (서명)