

검사의뢰서 3B-EXOME PROBAND

건본 연구자용

검사 대상자

환자 정보	Unique ID	성별	생년월일	인종	 EPA23-XXXX
	<Unique ID>	남성	1990-10-10	East Asian	
환자 가족 검사	환자와의 가족 관계	3billion ID (가족)			
	딸	EPA22-XXXX			

임상 증상

Delay development	증상발현 나이	가족력	Low plasma cortisol	증상발현 나이	가족력
	Infancy	어머니		Infancy	어머니, 아버지
Ventricular septal defect	증상발현 나이	가족력	Calf muscle pseudohypertrophy	증상발현 나이	가족력
	Infancy	어머니, 이모, 삼촌		Infancy	이모, 삼촌
증상 추가 정보	설명 <환자 증상 추가 정보>				

추가 정보

유전자	유전자	Secondary finding	환자
	SPOQA, DNDD		네
재분석 요청	환자 네		

샘플 정보

환자	샘플종류	샘플 채취 날짜
	Buccal Swab	2023-01-01

의뢰의사 정보

의사	이름	분과	연락처	이메일
	<의사 이름>	Pediatrics	<연락처>	<이메일 주소>
의뢰기관	기관 이름	주소		
	<기관 이름>	<기관 주소>		
주문 공유자	공유자	이메일	공유자	이메일
	<공유자 이름>	<공유자 이메일 주소>	<공유자 이름>	<공유자 이메일 주소>

! 샘플을 보내기 전 확인하세요.

- 이 정보는 임상 진단 목적의 진단 검사를 제공하는 검사실에서 필수로 관리해야 하는 정보이며, 미가입 시 검사 진행이 되지 않을 수 있습니다.
- 본 의뢰서에 의뢰 의사의 성명, 서명과 의뢰 날짜를 기입하여 주십시오.
- 생명윤리 및 안전에 관한 법률 시행규칙 제 51조 1항에 따라, 검사 의뢰 시 검사 대상자의 유전자 검사 동의서 (생명윤리 및 안전에 관한 법률 시행규칙 별지 52호 서식) 사본을 의뢰서와 함께 동봉하여 보내 주십시오.

생명 윤리 및 안전에 관한 법률 제 50조 제 3항에 따라 위와 같이 유전자 검사를 의뢰합니다.

의뢰 날짜 YYYY / MM / DD

성명 (인)

의뢰서에 의사 서명과 유전자검사동의서에 상담자 서명은 반드시 일치해야 합니다.