

검체접수번호

(바코드 부착)

의료기관 정보

의료기관명	
진료과 / 병동	/
담당의사명	
소속 및 연락처	
의료기관 주소	

수진자 정보

수진자명	(성)	(가운데 이름)	(마지막 이름)
나이			
차트번호			
혈통			

임상 정보

태아 수	<input type="checkbox"/> 단태아	<input type="checkbox"/> 쌍태아(일란성/이란성)	산전 생화학적 혈액검사 시행 여부	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 있음(고위험군)
신장 / 체중 / BMI	cm /	kg / BMI		<input type="checkbox"/> 있음(저위험군)	
마지막 월경 시작일	년	월	일	초음파 특이소견	NT: mm
초음파 임신주수	주	일			
시험관아기 기술여부	<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 :				

검체 정보

검체 종류	검체 채취 일시	검사 의뢰일
<input type="checkbox"/> 전혈 (Whole Blood) > 8mL	년 월 일 시(AM / PM)	년 월 일

검사 항목

단태아	쌍태아
<input type="checkbox"/> 맘가드 (21, 18, 13 염색체 이상)	
<input type="checkbox"/> 맘가드 A (21, 18, 13, 9, 16, 22 염색체 이상+성염색체이수성 3종+미세결실 6종)	<input type="checkbox"/> 맘가드 A (21, 18, 13 염색체 이상)
<input type="checkbox"/> 맘가드 A Plus (21, 18, 13, 9, 16, 22 염색체 이상+성염색체이수성 4종+미세결실 12종+기타 중복/결실 105종)	<input type="checkbox"/> 맘가드 A Plus (21, 18, 13, 9, 16, 22 염색체 이상)

검사 목적 및 특징

- 본 검사는 태아의 염색체 수적 이상 중 T21(다운증후군), T18(에드워드증후군), T13(파타우증후군)과 같은 염색체 이상을 조기에 발견하는 선별 검사입니다. 본 검사는 산모의 동의 하에 선택사항으로 추가적 염색체 수적 이상 및 성염색체 이수성 3종(터너증후군, 클라인펠터증후군, 트리플X증후군), 또는 4종(3종+아콕증후군), 미세결실증후군 12종 그리고 기타 중복/결실 증후군 105종에 대해 분석합니다. 쌍태아의 경우, 성염색체 이수성 및 미세결실에 대해 분석하지 않습니다. 본 검사는 검사 대상이 아닌 삼염색체 및 염색체 미세결실과 그 외 유전적 변이(유전체 전좌, 신경관 결손 등)에 기인하는 염색체 이상에 대해서는 분석 목적으로 활용될 수 없습니다.
- 본 검사는 태아의 성별에 대한 정보는 제공되지 않으며, 검사 목적과 상관없이 우연히 발견된 검사 결과(incidental findings)를 보고하지 않습니다. 본 검사는 품질관리 기준에 따라 검사 실패가 발생할 경우, 검사실 규정에 따라 후속조치(재채혈 요청, 재검사로 인한 검사지연, 진단적 검사 권고 등)를 의료기관에 보고합니다.

검사 한계 및 제한점

- 본 검사는 매우 높은 정확도를 가지고 있으나 확진 검사가 아닙니다. 따라서 고위험군 결과의 경우 적절한 유전상담과 함께 양수(양모막) 검사를 진행하여 확인해야 합니다. 본 검사에서 저위험군 결과의 경우에도 태아의 삼염색체 이상의 가능성을 완전히 배제할 수 없기 때문에 의사의 판단에 따라 추가적인 검사가 필요할 수도 있습니다. 부분적 삼염색체 및 염색체취임중(모자이시즘)의 경우에는 검사 결과가 정확하지 않을 수 있습니다.
- 산모가 염색체이상을 가지고 있거나 수혈, 줄기세포 치료를 받은 이력이 있을 경우 검사 결과가 정확하지 않을 수 있습니다. 검사 진행 시 검체 용혈, 높은 BMI, 쌍태아, 원인불명의 이유로 태아의 DNA 농도가 부족하여 판정 불가 결과가 보고될 수 있습니다. 본 검사는 임신 10주부터 진행하실 것을 권장드리며, Vanishing twin의 경우 소실 시점으로부터 9주 이후에 검사하는 것을 권장합니다. Vanishing twin의 경우 위양성 및 위음성의 원인으로 검사 결과가 정확하지 않을 수 있으며, 다태아(삼태아 이상, Vanishing triplet)의 경우 검사 불가합니다.

검사 의뢰 전 확인사항 및 동의사항

확인사항 및 동의사항

- 본인은 본 검사결과를 오직 참고용 결과로 이해하고 임상진단을 목적으로 하지 않음에 대해 설명 들었습니다.
- 본인은 태아 성별에 대한 검사 결과는 알려줄 수 없음을 설명 들었습니다.
- 본인은 검사의 검사목적/특징/제한점 등에 대해 설명을 듣고 문의사항에 대한 답변도 모두 들었으며 상담의 내용도 모두 읽고 이해하였습니다.
- 본인은 다음 항목에 대한 결과는 검사 성능 평가 대상에서 제외되었음을 인지하였으며, 또한 검사 결과의 정확성이 보장되지 않을 수 있음에 대해 설명 들었습니다.
 - 단태아: 21, 18, 13 염색체 제외 성염색체를 포함한 기타 염색체 수적 이상, 미세결실증후군, 기타 중복/결실 증후군
 - 쌍태아: 모든 염색체 수적 이상
- 본인은 검사 진행 시 임신주수 미달, 태아의 DNA 농도 부족, 혈액 검체의 손상(용혈) 등의 이유로 재채혈이 요청될 수 있음에 대해 설명 들었습니다.
- 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 제51조 제1항 및 제3항에 의거하여 유전자검사 동의서를 별도로 반드시 작성해야 합니다.
- 본 검사는 KB손해보험의 「전문인배상책임보험」에 가입되어 있습니다. 따라서 검사 상 오류(21, 18, 13 염색체 이수성 결과 오류에 한정)로 인한 법률적 배상 책임이 발생할 경우 보험약관에 따라 보상금을 산정하여 지급할 수 있습니다.

본인은 검사 의뢰 전 확인사항에 대하여 충분한 설명을 들어 이해하였습니다.

 확인

본인은 상기 개인정보 제공에 동의하며, 본 검사를 신청합니다.

년 월 일 이름: (서명)

검체접수번호

(바코드 부착)

의료기관 정보

의료기관명	
진료과 / 병동	/
담당의사명	
소속 및 연락처	
의료기관 주소	

수진자 정보

수진자명	(성)	(가운데 이름)	(마지막 이름)
나이			
차트번호			
혈통			

임상 정보

태아 수	<input type="checkbox"/> 단태아	<input type="checkbox"/> 쌍태아(일란성/이란성)	산전 생화학적 혈액검사 시행 여부	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 있음(고위험군)
신장 / 체중 / BMI	cm /	kg / BMI		<input type="checkbox"/> 있음(저위험군)	
마지막 월경 시작일	년	월	일	초음파 특이소견	NT: mm
초음파 임신주수	주	일			
시험관아기 기술여부	<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 :				

검체 정보

검체 종류	검체 채취 일시	검사 의뢰일
<input type="checkbox"/> 전혈 (Whole Blood) > 8mL	년 월 일 시(AM / PM)	년 월 일

검사 항목

단태아	쌍태아
<input type="checkbox"/> 맘가드 (21, 18, 13 염색체 이상)	
<input type="checkbox"/> 맘가드 A (21, 18, 13, 9, 16, 22 염색체 이상+성염색체이수성 3종+미세결실 6종)	<input type="checkbox"/> 맘가드 A (21, 18, 13 염색체 이상)
<input type="checkbox"/> 맘가드 A Plus (21, 18, 13, 9, 16, 22 염색체 이상+성염색체이수성 4종+미세결실 12종+기타 중복/결실 105종)	<input type="checkbox"/> 맘가드 A Plus (21, 18, 13, 9, 16, 22 염색체 이상)

검사 목적 및 특징

- 본 검사는 태아의 염색체 수적 이상 중 T21(다운증후군), T18(에드워드증후군), T13(파타우증후군)과 같은 염색체 이상을 조기에 발견하는 선별 검사입니다. 본 검사는 산모의 동의 하에 선택사항으로 추가적 염색체 수적 이상 및 성염색체 이수성 3종(터너증후군, 클라인펠터증후군, 트리플X증후군), 또는 4종(3종+아콕증후군), 미세결실증후군 12종 그리고 기타 중복/결실 증후군 105종에 대해 분석합니다. 쌍태아의 경우, 성염색체 이수성 및 미세결실에 대해 분석하지 않습니다. 본 검사는 검사 대상이 아닌 삼염색체 및 염색체 미세결실과 그 외 유전적 변이(유전체 전좌, 신경관 결손 등)에 기인하는 염색체 이상에 대해서는 분석 목적으로 활용될 수 없습니다.
- 본 검사는 태아의 성별에 대한 정보는 제공되지 않으며, 검사 목적과 상관없이 우연히 발견된 검사 결과(incidental findings)를 보고하지 않습니다. 본 검사는 품질관리 기준에 따라 검사 실패가 발생할 경우, 검사실 규정에 따라 후속조치(재채혈 요청, 재검사로 인한 검사지연, 진단적 검사 권고 등)를 의료기관에 보고합니다.

검사 한계 및 제한점

- 본 검사는 매우 높은 정확도를 가지고 있으나 확진 검사가 아닙니다. 따라서 고위험군 결과의 경우 적절한 유전상담과 함께 양수(양모막) 검사를 진행하여 확인해야 합니다. 본 검사에서 저위험군 결과의 경우에도 태아의 삼염색체 이상의 가능성을 완전히 배제할 수 없기 때문에 의사의 판단에 따라 추가적인 검사가 필요할 수도 있습니다. 부분적 삼염색체 및 염색체취임중(모자이시즘)의 경우에는 검사 결과가 정확하지 않을 수 있습니다.
- 산모가 염색체이상을 가지고 있거나 수혈, 줄기세포 치료를 받은 이력이 있을 경우 검사 결과가 정확하지 않을 수 있습니다. 검사 진행 시 검체 용혈, 높은 BMI, 쌍태아, 원인불명의 이유로 태아의 DNA 농도가 부족하여 판정 불가 결과가 보고될 수 있습니다. 본 검사는 임신 10주부터 진행하실 것을 권장드리며, Vanishing twin의 경우 소실 시점으로부터 9주 이후에 검사하는 것을 권장합니다. Vanishing twin의 경우 위양성 및 위음성의 원인으로 검사 결과가 정확하지 않을 수 있으며, 다태아(삼태아 이상, Vanishing triplet)의 경우 검사 불가합니다.

검사 의뢰 전 확인사항 및 동의사항

확인사항 및 동의사항

- 본인은 본 검사결과를 오직 참고용 결과로 이해하고 임상진단을 목적으로 하지 않음에 대해 설명 들었습니다.
- 본인은 태아 성별에 대한 검사 결과는 알려줄 수 없음을 설명 들었습니다.
- 본인은 검사의 검사목적/특징/제한점 등에 대해 설명을 듣고 문의사항에 대한 답변도 모두 들었으며 상담의 내용도 모두 읽고 이해하였습니다.
- 본인은 다음 항목에 대한 결과는 검사 성능 평가 대상에서 제외되었음을 인지하였으며, 또한 검사 결과의 정확성이 보장되지 않을 수 있음에 대해 설명 들었습니다.
 - 단태아 : 21, 18, 13 염색체 제외 성염색체를 포함한 기타 염색체 수적 이상, 미세결실증후군, 기타 중복/결실 증후군
 - 쌍태아 : 모든 염색체 수적 이상
- 본인은 검사 진행 시 임신주수 미달, 태아의 DNA 농도 부족, 혈액 검체의 손상(용혈) 등의 이유로 재채혈이 요청될 수 있음에 대해 설명 들었습니다.
- 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 제51조 제1항 및 제3항에 의거하여 유전자검사 동의서를 별도로 반드시 작성해야 합니다.
- 본 검사는 KB손해보험의 「전문인배상책임보험」에 가입되어 있습니다. 따라서 검사 상 오류(21, 18, 13 염색체 이수성 결과 오류에 한정)로 인한 법률적 배상 책임이 발생할 경우 보험약관에 따라 보상금을 산정하여 지급할 수 있습니다.

본인은 검사 의뢰 전 확인사항에 대하여 충분한 설명을 들어 이해하였습니다.

 확인

본인은 상기 개인정보 제공에 동의하며, 본 검사를 신청합니다.

년 월 일 이름: (서명)

검체접수번호

(바코드 부착)

의료기관 정보

의료기관명	
진료과 / 병동	/
담당의사명	
소속 및 연락처	
의료기관 주소	

수진자 정보

수진자명	(성)		(마지막 이름)
나이			
차트번호			
혈통			

임상 정보

태아 수	<input type="checkbox"/> 단태아	<input type="checkbox"/> 쌍태아(일란성/이란성)	산전 생화학적 혈액검사 시행 여부	<input type="checkbox"/> 없음	<input type="checkbox"/> 있음(고위험군)
신장 / 체중 / BMI	cm /	kg / BMI		<input type="checkbox"/> 있음(저위험군)	
마지막 월경 시작일	년	월	일	초음파 특이소견	NT: mm
초음파 임신주수	주	일			
시험관아기 기술여부	<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 :				

검체 정보

검체 종류	검체 채취 일시	검사 의뢰일
<input type="checkbox"/> 전혈 (Whole Blood) > 8mL	년 월 일 시(AM / PM)	년 월 일

검사 항목

단태아	쌍태아
<input type="checkbox"/> 맘가드 (21, 18, 13 염색체 이상)	
<input type="checkbox"/> 맘가드 A (21, 18, 13, 9, 16, 22 염색체 이상+성염색체이수성 3중+미세결실 6중)	<input type="checkbox"/> 맘가드 A (21, 18, 13 염색체 이상)
<input type="checkbox"/> 맘가드 A Plus (21, 18, 13, 9, 16, 22 염색체 이상+성염색체이수성 4중+미세결실 12중+기타 중복/결실 105중)	<input type="checkbox"/> 맘가드 A Plus (21, 18, 13, 9, 16, 22 염색체 이상)

검사 목적 및 특징

- 본 검사는 태아의 염색체 수적 이상 중 T21(다운증후군), T18(에드워드증후군), T13(파타우증후군)과 같은 염색체 이상을 조기에 발견하는 선별 검사입니다. 본 검사는 산모의 동의 하에 선택사항으로 추가적 염색체 수적 이상 및 성염색체 이수성 3중(터너증후군, 클라인펠터증후군, 트리플X증후군), 또는 4중(3중+아콕증후군), 미세결실증후군 12종 그리고 기타 중복/결실 증후군 105종에 대해 분석합니다. 쌍태아의 경우, 성염색체 이수성 및 미세결실에 대해 분석하지 않습니다. 본 검사는 검사 대상이 아닌 삼염색체 및 염색체 미세결실과 그 외 유전적 변이(유전체 전좌, 신경관 결손 등)에 기인하는 염색체 이상에 대해서는 분석 목적으로 활용될 수 없습니다.
- 본 검사는 태아의 성별에 대한 정보는 제공되지 않으며, 검사 목적과 상관없이 우연히 발견된 검사 결과(incidental findings)를 보고하지 않습니다. 본 검사는 품질관리 기준에 따라 검사 실패가 발생할 경우, 검사실 규정에 따라 후속조치(재채혈 요청, 재검사로 인한 검사지연, 진단적 검사 권고 등)를 의료기관에 보고합니다.

검사 한계 및 제한점

- 본 검사는 매우 높은 정확도를 가지고 있으나 확진 검사가 아닙니다. 따라서 고위험군 결과의 경우 적절한 유전상담과 함께 양수(용모막) 검사를 진행하여 확인해야 합니다. 본 검사에서 저위험군 결과의 경우에도 태아의 삼염색체 이상의 가능성을 완전히 배제할 수 없기 때문에 의사의 판단에 따라 추가적인 검사가 필요할 수도 있습니다. 부분적 삼염색체 및 염색체이수성(모자이시즘)의 경우에는 검사 결과가 정확하지 않을 수 있습니다.
- 산모가 염색체이상을 가지고 있거나 수혈, 줄기세포 치료를 받은 이력이 있을 경우 검사 결과가 정확하지 않을 수 있습니다. 검사 진행 시 검체 용혈, 높은 BMI, 쌍태아, 원인불명의 이유로 태아의 DNA 농도가 부족하여 판정 불가 결과가 보고될 수 있습니다. 본 검사는 임신 10주부터 진행하실 것을 권장드리며, Vanishing twin의 경우 소실 시점으로부터 9주 이후에 검사하는 것을 권장합니다. Vanishing twin의 경우 위양성 및 위음성의 원인으로 검사 결과가 정확하지 않을 수 있으며, 다태아(삼태아 이상, Vanishing triplet)의 경우 검사 불가합니다.

검사 의뢰 전 확인사항 및 동의사항

확인사항 및 동의사항

- 본인은 본 검사결과를 오직 참고용 결과로 이해하고 임상진단을 목적으로 하지 않음에 대해 설명 들었습니다.
- 본인은 태아 성별에 대한 검사 결과는 알려줄 수 없음을 설명 들었습니다.
- 본인은 검사의 검사목적/특징/제한점 등에 대해 설명을 듣고 문의사항에 대한 답변도 모두 들었으며 상담의 내용도 모두 읽고 이해하였습니다.
- 본인은 다음 항목에 대한 결과는 검사 성능 평가 대상에서 제외되었음을 인지하였으며, 또한 검사 결과의 정확성이 보장되지 않을 수 있음에 대해 설명 들었습니다.
 - 단태아: 21, 18, 13 염색체 제외 성염색체를 포함한 기타 염색체 수적 이상, 미세결실증후군, 기타 중복/결실 증후군
 - 쌍태아: 모든 염색체 수적 이상
- 본인은 검사 진행 시 임신주수 미달, 태아의 DNA 농도 부족, 혈액 검체의 손상(용혈) 등의 이유로 재채혈이 요청될 수 있음에 대해 설명 들었습니다.
- 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 제51조 제1항 및 제3항에 의거하여 유전자검사 동의서를 별도로 반드시 작성해야 합니다.
- 본 검사는 KB손해보험의 「전문인배상책임보험」에 가입되어 있습니다. 따라서 검사 상 오류(21, 18, 13 염색체 이수성 결과 오류에 한정)로 인한 법률적 배상 책임이 발생할 경우 보험약관에 따라 보상금을 산정하여 지급할 수 있습니다.

본인은 검사 의뢰 전 확인사항에 대하여 충분한 설명을 들어 이해하였습니다.

 확인

본인은 상기 개인정보 제공에 동의하며, 본 검사를 신청합니다.

년 월 일 이름: [REDACTED]