

Pre-MomGuard™

유산 원인 분석 검사 의뢰서

검사기관용

검체접수번호

(바코드 부착)

의뢰기관 정보

의뢰기관명	
진료과 / 병동	/
담당의사명	
소속 및 연락처	
의뢰기관 주소	

수진자 정보

수진자명	
생년월일	
나이	
차트번호	

임상 정보

시험관이기 기술 해당여부	<input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 해당없음	산전 생화학적 혈액검사 시행 여부	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음(저위험군, 고위험군)
유산시기 (임신 주수)	주	유산 횟수	
산과력	<input type="checkbox"/> 임신 과거력 및 가족력(염색체 또는 유전자질환) : <input type="checkbox"/> 임신 중 질 출혈 여부: 예 / 아니오		
임상 소견	<input type="checkbox"/> 기타(태아 수 및 기타 산모 질환 등) :		

검체 정보

검체 종류	검체 채취 일시	검사 의뢰일
<input type="checkbox"/> 수태산물(전용용기)	년 월 일	년 월 일

검사 항목

Pre-MomGuard(염색체 수적 이상 및 구조적 이상)

검사 목적 및 제한점

- 본 검사는 수태산물의 염색체 수적 이상 및 구조적 이상과 같은 염색체 이상을 확인하는 선별검사입니다.
- 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(재검사로 인한 검사지연 등)를 의뢰기관에 보고합니다.
- 부분적 삼염색체 및 염색체부일증(모자이시즘)의 경우에는 검사 결과가 정확하지 않을 수 있습니다.
- 본 검사는 보험비등재 조제시약으로 검사합니다.

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 결과를 알려줄 수 없음을 설명 들었습니다.
- 본인은 검사의 검사목적·특징·제한점 등에 대해 설명을 듣고 문의사항에 대한 답변도 모두 들었으며 상단의 내용도 모두 읽고 이해하였습니다.
- 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 제51조 제1항 및 제3항에 의거하여 유전자검사 동의서를 별도로 반드시 작성해야 합니다.

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

* 본인은 상기 개인정보 제공에 동의하며, 본 검사를 신청합니다.

년 월 일 이름: (서명)

Pre-MomGuard™

유산 원인 분석 검사 의뢰서

병원, 의원용

검체접수번호

(바코드 부착)

의뢰기관 정보

의뢰기관명	
진료과 / 병동	/
담당의사명	
소속 및 연락처	
의뢰기관 주소	

수진자 정보

수진자명	
생년월일	
나이	
차트번호	

임상 정보

시험관이기 기술 해당여부	<input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 해당없음	산전 생화학적 혈액검사 시행 여부	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음(저위험군, 고위험군)
유산시기 (임신 주수)	주	유산 횟수	
산과력	<input type="checkbox"/> 임신 과거력 및 가족력(염색체 또는 유전자질환) : <input type="checkbox"/> 임신 중 질 출혈 여부: 예 / 아니오		
임상 소견	<input type="checkbox"/> 기타(태아 수 및 기타 산모 질환 등) :		

검체 정보

검체 종류	검체 채취 일시	검사 의뢰일
<input type="checkbox"/> 수태산물(전용용기)	년 월 일	년 월 일

검사 항목

<input type="checkbox"/> Pre-MomGuard(염색체 수적 이상 및 구조적 이상)

검사 목적 및 제한점

- 본 검사는 수태산물의 염색체 수적 이상 및 구조적 이상과 같은 염색체 이상을 확인하는 선별검사입니다.
- 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(재검사로 인한 검사지연 등)를 의뢰기관에 보고합니다.
- 부분적 삼염색체 및 염색체부정수(모자이시즘)의 경우에는 검사 결과가 정확하지 않을 수 있습니다.
- 본 검사는 보험비등재 조제시약으로 검사합니다.

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 결과를 알려줄 수 없음을 설명 들었습니다.
- 본인은 검사의 검사목적·특징·제한점 등에 대해 설명을 듣고 문의사항에 대한 답변도 모두 들었으며 상단의 내용도 모두 읽고 이해하였습니다.
- 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 제51조 제1항 및 제3항에 의거하여 유전자검사 동의서를 별도로 반드시 작성해야 합니다.

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

* 본인은 상기 개인정보 제공에 동의하며, 본 검사를 신청합니다.

년 월 일 이름: (서명)

Pre-MomGuard™

유산 원인 분석 검사 의뢰서

고객용

검체접수번호

(바코드 부착)

의뢰기관 정보

의뢰기관명	
진료과 / 병동	/
담당의사명	
소속 및 연락처	
의뢰기관 주소	

수진자 정보

수진자명	
생년월일	
나이	
차트번호	

임상 정보

시험관이기 기술 해당여부	<input type="checkbox"/> 해당 <input type="checkbox"/> 해당없음	산전 생화학적 혈액검사 시행 여부	<input type="checkbox"/> 없음 <input type="checkbox"/> 있음(저위험군, 고위험군)
유산시기 (임신 주수)	주	유산 횟수	
산과력	<input type="checkbox"/> 임신 과거력 및 가족력(염색체 또는 유전자질환) : <input type="checkbox"/> 임신 중 질 출혈 여부: 예 / 아니오		
임상 소견	<input type="checkbox"/> 기타(태아 수 및 기타 산모 질환 등) :		

검체 정보

검체 종류	검체 채취 일시	검사 의뢰일
<input type="checkbox"/> 수태산물(전용용기)	년 월 일	년 월 일

검사 항목

Pre-MomGuard(염색체 수적 이상 및 구조적 이상)

검사 목적 및 제한점

- 본 검사는 수태산물의 염색체 수적 이상 및 구조적 이상과 같은 염색체 이상을 확인하는 선별검사입니다.
- 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(재검사로 인한 검사지연 등)를 의뢰기관에 보고합니다.
- 부분적 삼염색체 및 염색체부일증(모자이시즘)의 경우에는 검사 결과가 정확하지 않을 수 있습니다.
- 본 검사는 보험비등재 조제시약으로 검사합니다.

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 결과를 알려줄 수 없음을 설명 들었습니다.
- 본인은 검사의 검사목적·특징·제한점 등에 대해 설명을 듣고 동의사항에 대한 답변도 모두 들었으며 상단의 내용도 모두 읽고 이해하였습니다.
- 「생명윤리 및 안전에 관한 법률」 제51조 제1항 및 제3항에 의거하여 유전자검사 동의서를 별도로 반드시 작성해야 합니다.

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

* 본인은 상기 개인정보 제공에 동의하며, 본 검사를 신청합니다.

년 월 일 이름: (서명)