

검사의뢰서 3B-EXOME PROBAND

SAMPLE

연구자용

검사 대상자

| 환자 정보 | Unique ID | 성별 | 생년월일 | 인종 |
|----------|---------------------|------------------|------------|------------|
| | <Patient Unique ID> | 남성 | 2021-10-10 | East Asian |
| 환자 가족 검사 | 환자와의 가족 관계 | 3billion ID (가족) | | |
| | 동생 | EPA25-XXXX | | |
| 검사 대상 | 검사 대상 | | | |
| | 증상이 있는 환자를 위한 검사 | | | |



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

샘플 정보

| | | |
|----|-------------|------------|
| 환자 | 샘플종류 | 샘플 채취 날짜 |
| | Buccal Swab | 2025-01-01 |

의뢰의사 정보

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

다음 페이지에 계속 >

! 주문 확인 사항

1. 이 정보는 임상 진단 목적의 진단 검사를 제공하는 검사실에서 필수로 관리해야 하는 정보이며, 미기입 시 검사 진행이 되지 않을 수 있습니다.
2. 본 의뢰서에 의뢰 의사의 성명, 서명과 의뢰 날짜를 기입하여 주십시오.
3. 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.
4. 생명윤리 및 안전에 관한 법률 시행규칙 제 53조 3항과 쓰리빌리언의 운영지침을 준수하기 위하여, 의뢰된 검사대상자들은 최대 6개월 보관 후 별도의 통보 없이 폐기합니다.

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

의뢰날짜

YYYY / MM / DD

성명

의료진

서명

