

## 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			



EPA25-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		
재분석 요청	환자		네
	네		

## 샘플 정보

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

## 의뢰의사 정보

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

다음 페이지에 계속 &gt;

## 검사의뢰서 3B-EXOME PROBAND

SAMPLE

연구자용

## ❗ 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 검사대상자물은 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

