

# 산전 정신지체(취약X증후군) 선별검사 의뢰서

검체고유번호  
(Barcode)

의뢰기관명	진료과/병동			담당의사						
수진자명	생년월일	나이/성별		차트번호						
검체종류	<input type="checkbox"/> EDTA W/B	검사의뢰일	년	월	일	검체채취일시	년	월	일	시
임상정보	정신지체 가족력 유무 <input type="checkbox"/> YES (본인과의 관계 : ) <input type="checkbox"/> NO				임신주수		주		일	

## 산전 정신지체(취약X증후군) 선별검사 안내

### 검사목적

본 검사는 정신지체를 유발하는 유전질환 중 가장 빈도가 높은 취약 X 증후군의 선별을 목적으로 하고 있습니다. 그러므로 정신지체의 모든 원인을 선별하는 검사는 아닙니다.

### 검사시기

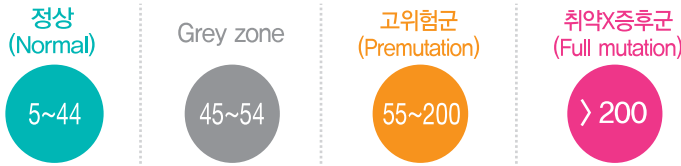
임신 전 또는 임신초기에 검사받는 것을 권장합니다.  
꼭 그 시기가 아니더라도 임신기간 중 어느때라도 검사를 받을 수 있습니다.

### 검사절차

- 검사대상자의 혈액(3mL)에서 DNA를 분리하여 검사를 시행합니다.
- 고위험군으로 확인되면 **유전전문의와 상담 후** 용모막용모검사나 양수검사를 통해 태아에 대한 최종 진단검사를 받아야 합니다.

### 결과판정

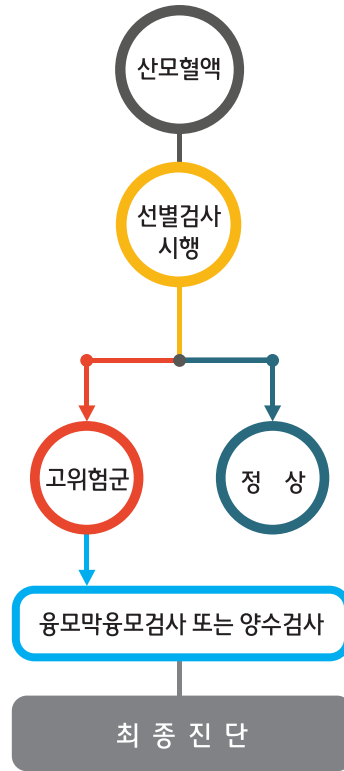
- CGG삼염기 반복 횟수에 따라 판정합니다.



- ※ 정상으로 판정된 경우 더 이상 추가적 검사가 필요하지 않습니다.
- ※ 고위험군으로 판정된 경우 **매 임신 시** 용모막용모검사 또는 양수검사로 태아진단검사가 필요합니다.

검사 전 이 검사에 대하여 설명을 들었으며, 본 검사의 결과는 정신지체를 유발하는 유전질환 중 가장 흔한 취약X증후군에 대한 선별검사임을 확인하였습니다. 따라서 정신지체질환의 다른 원인까지 모두 검사하지 않음을 이해하고 본 검사를 신청 합니다.

날짜 : \_\_\_\_\_ 성명 : \_\_\_\_\_ (서명)



### ※ 주의사항

1. 정확한 결과를 위하여 검사대상자의 임상정보(특히, 정신지체 가족력)를 반드시 기록하여 주십시오.
2. 생명유리 및 안전에 관한 법률 제51조 제1항 및 제3항에 의거하여 유전자검사를 의뢰할 때에는 검사대상자(또는 법정 대리인)로부터 소정의 서면동의를 받도록 규정하고 있습니다. 이에 따라 유전자검사동의서를 반드시 작성하여 함께 의뢰하여 주시기 바랍니다.

# 산전 정신지체(취약X증후군) 선별검사 의뢰서

검체고유번호  
(Barcode)

의뢰기관명	진료과/병동			담당의사						
수진자명	생년월일	나이/성별		차트번호						
검체종류	<input type="checkbox"/> EDTA W/B	검사의뢰일	년	월	일	검체채취일시	년	월	일	시
임상정보	정신지체 가족력 유무 <input type="checkbox"/> YES (본인과의 관계 : ) <input type="checkbox"/> NO				임신주수		주		일	

## 산전 정신지체(취약X증후군) 선별검사 안내

### 검사목적

본 검사는 정신지체를 유발하는 유전질환 중 가장 빈도가 높은 취약 X 증후군의 선별을 목적으로 하고 있습니다. 그러므로 정신지체의 모든 원인을 선별하는 검사는 아닙니다.

### 검사시기

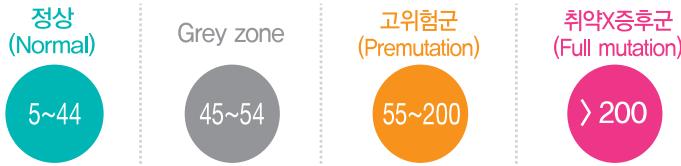
임신 전 또는 임신초기에 검사받는 것을 권장합니다.  
꼭 그 시기가 아니더라도 임신기간 중 어느때라도 검사를 받을 수 있습니다.

### 검사절차

- 검사대상자의 혈액(3mL)에서 DNA를 분리하여 검사를 시행합니다.
- 고위험군으로 확인되면 유전전문의와 상담 후 용모막용모검사나 양수검사를 통해 태아에 대한 최종 진단검사를 받아야 합니다.

### 결과판정

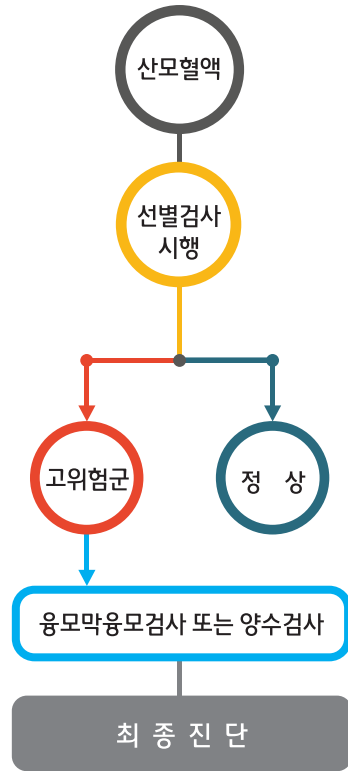
- CGG삼염기 반복 횟수에 따라 판정합니다.



- ※ 정상으로 판정된 경우 더 이상 추가적 검사가 필요하지 않습니다.
- ※ 고위험군으로 판정된 경우 **매 임신 시** 용모막용모검사 또는 양수검사로 태아진단검사가 필요합니다.

검사 전 이 검사에 대하여 설명을 들었으며, 본 검사의 결과는 정신지체를 유발하는 유전질환 중 가장 흔한 취약X증후군에 대한 선별검사임을 확인하였습니다. 따라서 정신지체질환의 다른 원인까지 모두 검사하지 않음을 이해하고 본 검사를 신청 합니다.

날짜 : \_\_\_\_\_ 성명 : \_\_\_\_\_ (서명)



### ※ 주의사항

1. 정확한 결과를 위하여 검사대상자의 임상정보(특히, 정신지체 가족력)를 반드시 기록하여 주십시오.
2. 생명유리 및 안전에 관한 법률 제51조 제1항 및 제3항에 의거하여 유전자검사를 의뢰할 때에는 검사대상자(또는 법정 대리인)로부터 소정의 서면동의를 반드시 규정하고 있습니다. 이에 따라 유전자검사동의서를 반드시 작성하여 함께 의뢰하여 주시기 바랍니다.