

BRAF mutation 검사 의뢰서 (재진)

Patient Information

이름

보호자

의뢰일자

종

☐ Canine

품종

나이

년 개월

성별

(F / M / SF / CM)

이전 검사 일자

년

월

Sample Information

의뢰 샘플

(해당사항에 v하세요)

☐ Urine

채뇨시간

월

일

(오전/오후)

시

(☐ 수술전 / ☐ 수술후) (☐ 자연배뇨 / ☐ 카테터 뇨)

☐ Whole Blood

채혈시간

월

일

(오전/오후)

시

현재 진단명:

감별진단:

병변과 관련된 병력 및 임상증상 (Box에 Check)

☐ Stranguria

☐ Pollakiuria

☐ Pyuria

☐ Hematuria

☐ Urinary tract infection

투여 약물 및 치료병력 및 특이사항:

검사의뢰 시 주의사항

1. 혈액은 EDTA tube에 전혈 최소 1 mL이상 (권장 3mL), 뇨는 10 mL 이상(권장 15 mL)을 의뢰 바랍니다.
2. 채혈 또는 채뇨 후 가능한 바로 전달하도록 하며, 발송까지 냉장 보관 바랍니다.

검사에 대해 자세한 설명을 듣고 이해하였으며, 검사 결과와 잔여 검체의 연구목적 활용에 동의합니다.

2023년 월 일 보호자

(서명)



(주)펫온코케어
PetOncoCare
Lab for Veterinary Cancer Care

 **GREEN VET**
Diagnostics and Healthcare