

BRAF mutation 검사 의뢰서 (초진)

Patient Information

이름	보호자	의뢰일자
종 <input type="checkbox"/> Canine	품종	나이 년 개월 성별 (F / M / SF / CM)

Sample Information

☐ Urine

채뇨시간 월 일 (오전/오후) 시
(☐ 수술전 / ☐ 수술후) (☐ 자연배뇨 / ☐ 카테터 뇨)

의뢰 샘플

(해당사항에 모두 v하세요)

☐ Whole Blood

채혈시간 월 일 (오전/오후) 시
(☐ 수술전 / ☐ 수술후)

☐ Tissue

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

- 조직을 의뢰하는 경우 채취 및 처리가 멸균 상태로 이루어져야 합니다.
- 혈액은 EDTA tube에 전혈 최소 1 mL이상 (권장 3mL), 뇨는 10 mL 이상(권장 15 mL)을 의뢰 바랍니다.
- 채혈, 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)