

문서번호: 33-56  
발행: 2018.10.08  
수신: 병(의)원장  
참조: 진단검사의학과, 원무관련부서, 외부수탁담당자  
제목: 유전성 난청 유전자검사 신규검사 안내

- 귀원의 무궁한 발전을 기원하며 아울러 저희 삼광의료재단을 이용해 주셔서 깊이 감사 드립니다.
- 아래와 같이 검사정보가 변경되어 알려드리오니 병원업무 및 환자진료에 참고하시기 바랍니다.

• 유전성 난청 유전자검사 신규검사 안내

## 신규검사 안내

검사명	검사정보	비고
유전성 난청 유전자검사 (급여) (SML code: 27581)	<u>검체/검체량</u> : EDTA Blood / 3.0 mL <u>검사법</u> : Real-time PCR <u>검사일/소요일</u> : 월-금 / 3 일 <u>보험정보</u> : 나 580 나 C158101C (1102.95) / 89,780 원	◦임상적의의: 유전성 난청을 진단하기 위해 난청 관련 유전자의 변이 여부를 확인하는 비중후군성 난청 진단에 유용한 검사 ◦적용일자: 2018년 10월 15일 접수분부터 ※ 필수사항: 유전자동의서 필수
유전성 난청 유전자검사 (비급여) (SML code: 27582)	<u>검체/검체량</u> : Blood Paper / 2 홀 <u>검사법</u> : Real-time PCR <u>검사일/소요일</u> : 월-금 / 3 일 <u>보험정보</u> : 비급여 / 150,000 원	※ 보고항목 1. GJB2 2. SLC26A4 3. 12S rRNA 4. CDH23 5. TMPRSS3

### 〈유전성 난청 유전자검사 검사대상〉

- 급여대상
  - 선천성 난청이 확진된 경우
  - 중이가 정상이지만 난청이 확진된 유소아
  - 난청을 동반하는 증후군 환자
  - CT, MRI 에서 내이 기형이 확진된 경우
  - 원인불명의 진행성 난청 환자
  - 가족 중 유전성 난청이 확인된 환자가 있으며, 동일 질환이 의심되어 실시한 경우
 이외 유전성 난청이 의심되어 실시한 경우에는 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」에 따라 본인부담률 80%로 적용함.
- 비급여대상  
본인의 희망에 의한 건강검진에 따라 비급여대상임.

- 보건복지부 고시 제 2018-135 호(행위)-

끝