

がんパネル検査 患者検体確認票

v1.5

NCCオンコパネル/FoundationOne®CDx

診療情報提供書、検査前_臨床情報①②、病理ブロック、診断に用いた病理組織標本、病理診断書のコピー、遺伝子検査の結果のコピーを事前に当センターまでご送付ください。

【患者情報】	記入日	年	月	日
千葉県がんセンター 患者ID	生年月日			
患者氏名	性別	年齢		
フリガナ				
希望する検査	<input type="checkbox"/> NCCオンコパネル <input type="checkbox"/> FoundationOne®CDx どちらかの口にチェックを入れてください			

貴施設名	
ご担当医	科 先生

以下の6点にこの確認票を同封してお送りください。
(準備の際は、口にチェックを入れて確認をお願いします)

- 診療情報提供書
- がんパネル検査_検査前_臨床情報①および②
国への登録に必要です。このホームページから入力フォームをダウンロードして作成してください。
- 診断に用いた貴院のホルマリン固定パラフィン包埋ブロック
治療後の検体がある場合は、そちらを推奨します。
生検等腫瘍量が少ない場合、ブロックをすべて使い切り返却できないことがあります。
[下記の検体は検査には適しません。該当の有無を記載してください。]
 - 該当なし・あり 脱灰液に漬けた検体(骨転移腫瘍や原発性骨腫瘍など)
 - 該当なし・あり 中性暖衝ホルマリン以外の暖衝作用のないホルマリンや酸性ホルマリンで固定された検体
 - 該当なし・あり ホルマリン固定が長い(48時間を超える)検体
 - 該当なし・あり ホルマリン濃度が高い(10%を超える)検体
 - 該当なし・あり 組織採取後、3年以上経過している検体
 - 該当なし・あり 過去に受けた放射線治療の照射範囲に含まれていた組織の検体
 - 該当なし・あり 凍結組織の検体
- ブロック借用不可、上記のいずれかに該当する検体しかない場合など、病理検体に関するお問い合わせは、当センター臨床病理部 伊丹、杉山まで直接ご相談ください。
- 診断に用いた貴院の病理組織標本(後日、返却いたします)
※HE染色標本、免疫染色標本など
- 貴院の病理診断書のコピー
- 貴院で実施したすべての遺伝子検査の結果のコピー
 - 無
 - 有

<input type="checkbox"/> 検査名	例: EGFR変異、RAS変異、HER2-FISH、MSI、BRACAanalysis、 臨床試験・自費診療の遺伝子パネル検査など
ご記入ください	

【送付先】
〒260-8717 千葉市中央区仁戸名町666-2
千葉県がんセンター 当該診療科 担当医

【お問い合わせ窓口】
千葉県がんセンター 遺伝子診断部 松下、甲斐田 かいだ 電話 043-264-5431(内線 5203)