

がんゲノム検査 検体送付票v1.7

(千葉県がんセンターに通院されていない患者様用)

ご記入日: 年 月 日					
貴施設名				貴施設ID	
患者様氏名				フリガナ	
生年月日		年齢		性別	
ご担当医	科			先生	
希望する検査種(チェックしてください) *腫瘍検体の評価によって、実施する検査種が変更になる場合があります。 がん組織検体がある(3年以内を推奨) <input type="checkbox"/> OncoGuide NCCオンコパネル <input type="checkbox"/> FoundationOne CDx <input type="checkbox"/> GenMineTOP <input type="checkbox"/> 適した検査を選んでほしい ⇒1, 2を準備					
がん組織検体がない <input type="checkbox"/> FoundationOne LIQUID CDx <input type="checkbox"/> Guardant360 <input type="checkbox"/> 適した検査を選んでほしい ⇒2を準備					
以下ご準備いただき、本確認票と一緒に同封してお送りください。 (準備の際は、 <input type="checkbox"/> にチェックを入れて確認をお願いします)					
1					
<input type="checkbox"/> ホルマリン固定パラフィン包埋ブロック貸し出し可能 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。 郵送された検体の状態について以下教えてください。					
① 脱灰液に漬けた検体(骨転移腫瘍や原発性骨腫瘍など) <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
② 中性暖衝ホルマリンで固定された <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ(固定液:)					
③ ホルマリン固定が48時間以内 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ(固定時間:)					
④ ホルマリン濃度が10%以内 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ(濃度 %)					
⑤ 組織採取後 3年以内 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ(採取後 年)					
⑥ 過去に受けた放射線治療の照射範囲である <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
⑦ 未固定の凍結組織ではない <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
⑧ 治療後の検体である <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
<input type="checkbox"/> ホルマリン固定パラフィン包埋ブロック貸し出し不可(未染薄切のみ送付可能) 未染薄切最低15枚必要です。(HEスライドと未染スライドは返却不可。) 薄切方法について、下記にお問い合わせ後、ご準備をお願いします。 お問合せ先:臨床病理部(伊丹、杉山) (043-264-5431)					
2					
<input type="checkbox"/> 診療情報提供書					
<input type="checkbox"/> がんゲノム検査_検査前_臨床情報①および② * 同封されている用紙、または当院のホームページから入力フォームをダウンロードをして ご作成をお願いします。国へのデータベースへ登録が必要となります。					
<input type="checkbox"/> 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					
<input type="checkbox"/> 貴院の病理診断書のコピー					
<input type="checkbox"/> 貴院で実施した遺伝子関連検査結果のコピー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
(例)EGFR変異、RAS変異、HER2-FISH、MSI、BRACAnalysis、myChoice、臨床試験、自費診療の遺伝子パネル検査 等					
→ <input type="checkbox"/> 検査名:					
【お問い合わせ窓口】千葉県がんセンター 遺伝子診断部 043-264-5431(内線7351/6553)					