**がんゲノム遺伝子パネル検査用病理検体（他院より取寄せ）提出チェックシート**

平素よりお世話になっております。当院にて、がんゲノム遺伝子パネル検査を下記の患者様が希望しております。

本チェックシートを記載の上、本チェックシートおよび該当する病理組織検体の提出をお願い申し上げます。

**貴院名：　　　　　　　　　　　　　所属：　　　　　　　　　　担当者氏名：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **患者氏名** | **性別** | **生年月日** |
|  | 男・女 | 　　　　　　年　　月　　日 |

**病理提出検体について（採取後、3年以内の検体が望ましい）**

**注意）脱灰（EDTAを除く）した検体では検査はできません。**

|  |  |
| --- | --- |
| **貴院での病理番号・枝番** |  |
| **検体採取年月日** | 　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| **固定液****固定時間** | 10%中性緩衝ホルマリン/ その他の固定液（　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　時間　/　固定時間は分からない |

下記の提出される検体に☑をお願いします。（可能な限りブロックでの提出を希望します）

**①　□　パラフィンブロックで提出される場合**

　　＜注意事項＞

　　・小さな材料では、標本作製中に検体を全て使い切る可能性があります。

　　　（消失不可の場合は、がんゲノム医療部までご連絡下さい）

　　・ブロック返却まで、最低でも1ヶ月程度かかることをご了承ください。

**②　□　薄切標本（未染色スライド）で提出される場合**（以下の検体を送付して下さい）

　　＜注意事項：確認の上、左のチェックボックスに☑をお願いします＞

□ **検体の大きさにより標本作製枚数が異なります。**

□ **腫瘍含有割合が20%以上**であることを確認してください。

□ スライドグラスは、**剥離防止スライドを使用**してください。

□ スライドグラスには検体番号のみを記載してください。(患者名などの個人情報は記載しない)

□ 未染色スライド作成と同時にHE標本を1枚作製し提出してください。

□ 未染色スライドは薄切後、12ヶ月以内のものを提出してください。

□ 場合によっては、追加で再度未染色スライドの薄切を依頼する場合がございます。

□ 当標本は返却できません。

**②**を選択の場合、該当する方に☑お願いします。

　　**□　検体表面積が5×5㎜以上の検体**

　　　　未染色スライドを**5μm厚で10枚**ご用意ください。（＋HE 1枚）

**□　検体表面積が5×5㎜未満の検体**

　　切片の合計体積が1㎣以上になるように5㎛厚の切片を追加して下さい。（＋HE 1枚）

**未染色スライド合計　（　　　　　　）枚**

注意）②の薄切標本での提出に関してご不明な場合は、問い合わせいただくか、①のパラフィンブロックでの提出を希望します。

**コメント記入欄**