

## 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	10%中性緩衝ホルマリン/ その他の固定液（ ）
固定時間	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。
- スライドガラスは、剥離防止スライドを使用してください。
- スライドガ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☑をお願いします。

 検体表面積が5×5 mm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 mm未満の検体

切片の合計体積が1mm<sup>3</sup>以上になるように5μm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