がん遺伝子パネル検査

様式2

検体提出用チェックシート

**■患者情報**

　　　　　　　　　　　　　　性別　　　　　　　　年齢　　　　　　歳

病院名　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医名

**■検体準備**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 項目 | チェック |
| 1 | 検体採取時期は3年以内ですか？ | はい　・　いいえ |
| 1-1 | 3年以上の場合、記載をお願いします | 　　　　　　　年 |
| 2 | 10％中性緩衝ホルマリンで固定されていますか？ | はい　・　いいえ |
| 2-1 | 上記以外の固定液は記入をお願いします。 |  |
| 3 | 腫瘍細胞率は20％以上ありますか? | 　はい　・　いいえ |
| 4 | 組織の大きさは4×4ｍｍ以上ありますか？ | はい　・　いいえ |
| 5 | 薄切標本で提出できますか？ | はい　・　いいえ |
| 5-1 | いいえの場合：ＦＦＰＥブロックでの提出を希望しますか？　 | はい　・　いいえ |
| 5-2 | 遺伝子用（5μｍ×10枚）の準備はできましたか？ | はい　・　いいえ |
| 5-3 | ＨＥ標本の準備はできましたか？ | はい　・　いいえ |

**■検体・書類の準備確認**※□にレ点をお願いします

□上記検体の一式

□病理診断報告書の写し

□がん遺伝子パネル検査申込書（様式1）

□検体提出用チェックシート（様式2）（本紙）

**上記の4点の準備ができましたら、患者さんにお渡しください。**

**当院の主治医が患者さんから受け取ります。**

**※標本が破損しないように注意して梱包をお願いいたします。**

**久留米大学病院**