病理検体・品質情報提供依頼票（宮城県立がんセンター）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病院名 |  | 担当医 |  |
| 依頼日 | 　　　　　年　　　月　　　日 | 患者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女 |
| 診断名 |  | 貴院ID |  |

貴院の患者様が病理組織標本によるがん遺伝子パネル検査を希望されております。パネル検査の実施に際し、検体の状態を確認し、適切なブロックの選択をさせていただきます。病理診断書のコピーとヘマトキシリン・エオシン染色のスライド２種類（腫瘍含有率の高い２種類のブロックから）のご提出をお願いいたします。酸脱灰標本など既存標本が解析に適さない場合は、パネル検査に際し腫瘍の摘出生検を行い検体の提出をお願いすることもあります。

**提出いただくもの**

□病理診断書のコピー

□ヘマトキシリン・エオシン染色のスライド２種（ブロック番号記載のこと）

□病理検体・品質情報提供依頼票（この用紙）

**ホルマリンによる固定条件についてチェックの上、上記と一緒にご返送ください。**

１）ホルマリン固定時間

□ 2日以内

□ 3日以内

□ 1週間以内

□ それ以上

2）ホルマリン濃度

□ 10%

□ 15％

□ 20％

□ それ以上

3）ホルマリン種別

□ 中性緩衝

□ それ以外

4）作製時期

□ 1年以内

□ 2年以内

□ 3年以内

□ それ以上

宮城県立がんセンター　がんゲノム医療センター記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診療科 |  | 担当医 |  |
| 検査可否 | 可　　否（理由） | ブロックID |  |