パネル検査検体提供依頼票（宮城県立がんセンター）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病院名 |  | ご担当医 |  |
| 依頼日 | 　　　　　年　　　月　　　日 | 患者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　男・女 |
| 診断名 |  | 貴院ID |  |
| 希望検査 | □NCC　　　　　　□F1 CDx□GenMineTop | 対象ブロック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。下記「標本の条件と作製時のご注意」を参照の上、検体の状態を確認し、検体のご提出をお願いいたします

□未染標本

**FoundationOne**　 ・摘出標本、5 µm厚 11枚 (ないしは10 µm厚６枚)　 コ－トガラス推奨

**NCCオンコパネル**・生検標本、5 µm厚 21枚（ないしは10 µm厚11枚）コ－トガラス推奨

**GenMineTop** ・摘出標本、5 µm厚 17枚 (ないしは10 µm厚9枚)　 コ－トガラス推奨

　　　　　　　　 ・生検標本、5 µm厚 33枚（ないしは10 µm厚17枚）コ－トガラス推奨

　　　　※HE染色用が1枚で、残りが遺伝子解析用になります。

※HE染色と腫瘍のマーキングは当院で行います。

**標本の条件と作製時のご注意**

**（特に注意する点）**

**・1枚のスライドガラスに複数ブロックの切片を載せないでください（1枚1切片）。**

**・スライドガラスには標本番号のみ記載してください（匿名で提出します）。**

□提出していただくもの　**①病理診断書のコピー　②パネル検査検体提供依頼表（この用紙）**

1. ４８時間以上の過固定や固定不良などパラフィンブロックの質に問題がある場合は検査できないことがあります。
2. 中性緩衝ホルマリンによる固定が望ましいとされています。
3. 脱灰標本は検査できません（EDTA脱灰は除く）。
4. １－２年以内に作製されたパラフィンブロックが望ましいとされています。
5. 過去に放射線照射を受けた部位から採取した検体は使用できません。
6. 腫瘍含有率の高い（２０％以上が望ましい）パラフィンブロックを選択ください。
7. 未染標本は遺伝子解析に用いるため、薄切前に必ずミクロトームの刃とシャーレの水を新しいものに交換し、コンタミがないようにご配慮ください。
8. 核酸への影響を考慮して、高温下での伸展乾燥、オーブンやドライヤーの使用は避けてください。パラフィン包埋時の温度以下であれば許容範囲です。