2021 年 7⽉作成 高松赤十字病院 腫瘍内科 がんゲノム医療外来　当院HPよりダウンロード

検体情報チェックリスト

**□にレ点、および必要事項を記⼊の上、貴施設の病理診断報告書及び組織検体と共にご送付ください。**

**◆患者情報**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | 検体保管  施設名 |  | | |
| 患者名 |  | | |
| 性別 | □男　□女 | 年齢 | 歳 | 移植歴 | □有 □無 | 保険パネル実施 | □有 □無 |

**◆検体情報**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診断名 |  | ICD-10/ICD-11 |  | 臨床病期 (Stage) |  |
| 組織診断名 |  | 検体採取日 | 年 　 ⽉ 　⽇ | 採取部位 | □ 原発巣  □ 転移巣 |
| FFPE  ブロック作成⽇ | 年 　⽉　 ⽇ | 使⽤ 固定液 | □10%中性緩衝ホルマリン  □ | 腫瘍細胞割合**(\*1)** | ％ |
| 固定 時間 | □6〜48時間以内、　　□ | | **＊１：有核腫瘍細胞割合 20%以上の検体をご提供ください。** | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **▼ 採 取 臓 器 ▼** | | | |
| □CNS/Brain | □Head and Neck | □Eye | □Lung |
| □Pleura | □Thymus | □Thyroid | □Breast |
| □Esophagus | □Stomach | □Ampulla of Vater | □Bowel (Colon, Rectum, etc） |
| □Liver | □Biliary Tract | □Pancreas | □Kidney |
| □Adrenal Gland | □Bladder/Urinary Tract | □Prostate | □Testis |
| □Penis | □Uterus | □Cervix | □Ovary/Fallopian Tube |
| □Vulva/Vagina | □Skin | □Bone | □Soft Tissue |
| □Peritoneum | □Myeloid | □Lymphoid | □Peripheral Nervous System |
| □その他（Other）→ | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **採取方法** | □Biopsy | 標本番号： | | □RESECTION | 標本番号： | |
| □HE標本 | | 1枚 | □HE標本 | | 2枚 |
| □FFPEブロック | | 1個 | □FFPEスライド | | 15枚 |
| **➡　検体を全て使用してよいか** | | * 可   □　不可 |  | | |
| **↓ブロック貸出不可の場合**  **＊原則、ブロックでの提供をお願いします。** | | |
| □HE標本 | | 2枚 |
| □FFPEスライド | | 20枚以上 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 検体送付時の追跡番号 | | 検体送付先・問い合わせ先 |
| 配達業者 |  | 〒760-0017　香川県高松市番町4—1-3  高松赤十字病院　腫瘍内科  TEL：087-831-7101　FAX：087-834-7809 |
| 追跡番号 |  |