病理検体を用いたがん遺伝子パネル検査をご希望の方へ

当院ホームページに記載している検体条件および注意事項をお読みになり、下記にある病理検体情報提供書に必要事項の記載をお願い致します。ご提供いただく物は、**①検体条件を満たしたパラフィンブロック（代表1ブロック）とHE標本、②病理診断報告書（コピー）、③遺伝子検査結果報告書（コピー）**となります。

【検体条件および注意事項についての確認チェック欄（🗹お願いします）】

□検体条件について確認した

　（腫瘍割合および腫瘍量、固定液および固定時間、ブロック作製後経過年数、脱灰）

□注意事項について確認した

　（梱包時の注意点、ブロック残量、ブロックとHE標本返却時期）

病理検体情報提供書

|  |  |
| --- | --- |
| 貸し出しブロック番号 |  |
| 検体の採取方法 | □生検　　　□手術 |
| 採取日  （標本作製日でも可） | 西暦　　　　　年　　　　月　　　　日  注：作製後3年以上経過したものは、核酸品質低下により検査不可となる恐れがあります |
| 採取臓器名 |  |
| 原発巣 or 転移巣 | □原発巣　　□転移巣 |

　【ご提供いただくもの】

　　□パラフィンブロック（代表1ブロック）とHE標本

　　□病理診断報告書（コピー）

　　□遺伝子検査結果報告書（コピー）

血液検体を用いたがん遺伝子パネル検査をご希望の方へ

血液検体を用いたがん遺伝子パネル検査をご希望される方は、病理検体のご提供は

必要ありません。受診日当日に採血致します。

ただし、**組織検体を採取できない理由をお教え下さい**（カルテへの記載義務があるため）。

■組織検体を採取できない理由