**がんゲノムプロファイリング検査**

院外用

**病理組織検体情報提供書**

　遺伝子プロファイリング検査施行に当たり、下記を参照して頂き、準備をお願いいたします。

**患者氏名**

**患者生年月日　　　　　年　　　月　　　日**

**貴院名**

**以下 ①②③及び④ご準備後　本票のコピーもご提出下さい。**

**（準備の際は，□にチェックを入れご確認ください)**

**□ ①パラフィン包埋ブロック**

・包埋ブロックは病変を代表する1ブロックでお願い致します。

・原則, 組織体積1mm3以上, 腫瘍細胞率30％以上,

　　　　５年以内作製のブロックが対象です。

**□ ②診断に供した上記ブロックより作製済みのHE染色標本 1枚**

**上記HE標本はパラフィン包埋ブロックと伴に返却致します**。

・HE染色標本１枚（バーチャルイメージ可）は迅速な標本評価に使用します。

・貴院での病理番号をご記載下さい (下記③との照会に使用致します)。

**□ ③貴院の病理診断書のコピー**

**□ ④ご提出頂く病理組織検体の条件**

**・検体採取部位：**

**・固定に用いたホルマリン： □10%中性緩衝ホルマリン □その他(　　　　　）**

**・ホルマリン固定時間： □24時間以内　□24-48時間**

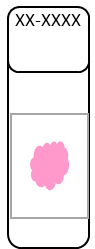
**□48時間以上（　　日間）　□不明**

**・検体採取法：　□手術　□生検**

**・検体採取日：　　　　　年　　　月　　　日**

**・検体の脱灰：　□なし □EDTA脱灰 □その他の脱灰 （　　　　　　　　）**

****



送付先　〒241-8515　神奈川県横浜市旭区中尾二丁目３番２号　神奈川県立がんセンター

　　　　　　（担当医）　　　　　　　科　　 　　　　　　　　　 TEL：045-520-2222 (代表)

　（問合せ先：神奈川県立がんセンター・がんゲノム診療センター 内線：5689 or 5201）