

がんゲノムプロファイリング検査 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

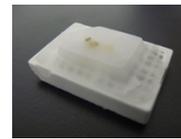
日

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)

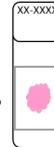
①パラフィン包埋ブロック

- ・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共に返却致します。

- ・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)