【医療者用③】**検体情報提供書**（病理部門←主治医→長野赤十字病院）

「検体情報提供書」を受け取った病理部門の先生へ

主治医の先生の指定された検体が十分量あれば、**検体種類**に必要事項をご記載のうえ、この**検体情報提供書と検体**を下記にご送付をお願いいたします。ご送付に関して、長野赤十字病院病理部からご連絡させていただきます (長野赤十字病院ホームページ: [www.nagano-med.jrc.or.jp](http://www.nagano-med.jrc.or.jp)をご参照ください)。

〒380-8582 長野市若里5-22-1長野赤十字病院 がんゲノム医療外来 宛

* **検体情報**（**主治医**の先生が検体情報のみ記載後、原本を長野赤十字病院、コピーを貴院病理部門へご送付ください）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  患者名 |  | | 性別 | □男　□女 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | | 施設ID |  |
| 検体保管施設名 |  | | 移植歴 | □有　□無 |
| 診断名 |  | | 診断組織  採取日 | 年　　　月　　　日 |
| \*重複癌・多発癌 |  | 活動性□有　□無 |
| 組織診断名 | (診断日) 　　年　　　月　　　日 | | | |
| 遺伝学的検査結果 | EGFR□有　□無 結果( ), ALK□有　□無 結果( ), ROS1□有　□無 結果( ) | | | |
| HER2□有　□無 結果( ), BRAF□有　□無 結果( ), RAS□有　□無 結果( ) | | | |
| MSI□有　□無 結果( ), BRCA1/2□有　□無 結果( ), ( )□有　□無 結果( ) | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 提出検体採取方法 | □生検 | □手術的摘出 | | 年　　　月　　　日採取 |  |
| 提出検体採取臓器（部位） | | |  | |  |
| 提出検体採取部位 | | | □原発巣 □転移巣 | |
| 提出検体採取時の有害事象の有無　□無  □有( )　 発現日　　年　　月　　日 | | | 有の場合 最悪Grade (1 2 3 4)　重篤性 (有 無)  転帰 年 月 日(回復 軽快 未回復 後遺症あり)  検査との因果関係(有 無 不明) | |

＊重複癌（異なる臓器）多発癌（同一臓器）

* **検体種類**（**病理部門**の先生がご記載後検体とともに長野赤十字病院に送付）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ブロック作成日 | 年　　　月　　　日 | 腫瘍細胞の割合＊  わかる範囲で記述 | | | ％ |
| FFPE標本番号 |  | \*有核腫瘍細胞割合＞20%の検体をご提供ください。  腫瘍細胞の割合は当院でも確認いたします。 | | | |
| 検査に必要な検体がそろっているかご確認の上、下記にチェックをお願いします。  □ FFPE未染色スライド 16枚　　□HE染色スライド 1枚 | | | | | |
| 固定液 |  | | 固定時間 | 時間　または　　　日間 | |
| 脱灰 | □なし　　　　　　□あり　（脱灰液：　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |