# **Foundation One®CDx**

# **OncoGuideTM NCCオンコパネルシステム**

# **腫瘍検体評価　依頼書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 施設・診療科名 |  | 鳥大担当医師名 | （PHS：　　　　　　　　　） | |
| 患者 鳥大ID |  | 患者氏名・性別 |  | 男  女 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日（　　　　歳） | 悪性腫瘍診断名 |  | |
| **必要事項記入の上，チェックボックスに☑をつけて下さい** | | | | |
| 病理検体種別 | 院内　 院外（鳥取大学附属病院への紹介） | | | |
| 鳥大での病理診断 | 診断未 診断済み：　検体番号　P＿＿＿―＿＿＿＿＿＿＿ | | | |
| 脱灰 | なし　　　 あり（EDTA脱灰）※EDTA以外で脱灰した組織は検査できません | | | |
| 固定時間 | ＜6時間 6～48時間 48～72時間　　 72時間～ 不明 | | | |
| 検体種別 | □手術　□生検　□その他　□不明 | 病変の種類 | □原発　　□再発　　□転移 | |
| 採取部位（英語） |  | 検体採取日 | / 　 / | |

**提出先：　病理部（内線6881）**※院外症例は取り寄せたプレパラートに組織診依頼書と本状を添えてご提出下さい

↓どちらかにチェックを入れてください

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **鳥　大　病　理　記　入　欄** | | | |
| 腫瘍細胞割合 | **％** | マクロダイセクション | □要 □不要 |
| 腫瘍面積 | □4 mm2未満　□4～16 mm2未満　□16～25 mm2未満　□25 mm2以上 | | |
| 判定日 | / 　　 / | 判定病理医 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務局記入欄 | | | | | **□良　　　　□可　　　　□不可** |
| 受付 | 病理検体確認 | 病理受付 | | 業者受領 |
|  |  |  |  |  | 病理医コメント |
|  |
|  |  |  | |  |