**Guardant360CDxおよび　FoundationOne Liquid CDx がんゲノムプロファイリング**

**患者情報チェックリスト**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2024/2/1改定 Ver.3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設名 |  | |
| 患者氏名 |  | |
| 年齢 | 歳　　　　 性別　　　□ 男　　　　　□ 女 | |
| パネル検査実施(過去) | * 無　　　　　□　有　パネル名　　　　　　　（　　　　年　　月） | |
| 診断名 |  |
| 薬物療法について | □ レジメン内容（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □ 最終投与日　 （　　　　　年　　　　　月　　　　日　）  □ 経過　　① 治療有効で継続中　　　　（　　　　　　　）  ② 治療無効で次治療を検討中（　　　　　　　）  ③ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 輸血歴について  ＊過去1カ月以内に輸血を行った場合、あるいはこれから行う予定の場合は、最終日を記載して下さい | 輸血歴　　　□あり　　　　　□なし  ありの場合の製剤の種類   * 赤血球製剤：　　　　年　　　月　　　日　（　　　　　　　単位） * 血小板製剤：　　　　年　　　月　　　日　（　　　　　　　単位） * 血漿製剤　：　　　　年　　　月　　　日　（　　　　　　　単位） * その他アルブミン製剤など　（種類　　　　　　　　　　　　　　）   　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　（　　　　　　単位） |

|  |
| --- |
| 選択理由 |
| 固形腫瘍の腫瘍組織を検体としてがんゲノムプロファイリング検査を行う事が困難な場合、その医学的理由に相当する項目に〇を入れて下さい。  □ 取得した組織の腫瘍量の不足、または標本の品質に問題がある（　　　　　　　　　　）  □ 組織検体の採取が困難である　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　）  □ その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　） |
| 過去に保険パネル検査を実施したが、がんゲノムプロファイリング検査の包括的なプロファイリング検査結果を得られなかった等の場合は、下記に〇を入れて下さい。  □ 病理標本（FFPEブロック）を検査に出検したが品質不良のため検査中止となった  □ その他（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

＊Liquid選択理由は診療録及び診療明細書への記載が必須です。記載の上、送付をお願いいたします。