2020年1月作成　信州大学医学部附属病院 がんゲノム外来

**検体情報チェックリスト**

□にレ点、もしくは必要事項を記入してください。

* 患者情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別 | □男　□女 |
| 患者名 |  | 年齢 |  |
| 検体保管施設名 |  | 移植歴 | □有　□無 |

* 検体種類

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 採取日 | 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 15枚　　□HE染色スライド 1枚 |

* 検体情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診断名 |  | ICD‐10 |  |
| 組織診断名 |  | 臨床病期（STAGE） |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 採取方法 | □生検 | □手術的摘出 |  |  |
| 採取臓器具体的に記述してください |  |  |  |
| 採取部位 | □原発巣 | □転移巣 |  |  |
| 固定液 |  |  |  |  |
| 固定時間 |  |  |  |  |
| 脱灰 | □なし | □あり　（脱灰液：　　　　　　　　　　　　　　　） |  |

|  |
| --- |
| 検体送付先・問い合わせ先 |

〒390-8621　長野県松本市旭３－１－１

信州大学医学部附属病院　信州がんセンター