

がん遺伝子パネル検査実施にあたってのお願い

医療機関名

科

先生御侍史

平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

患者氏名
性別
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 () 才

貴院にてがん組織の（生検・手術）を施行していただいた上記患者さんが、当院において「がん遺伝子パネル検査」の実施を希望されておられます。本検査の実施にあたって、以下の資料をご提供くださいますようお願い申し上げます。

① 診療情報提供書

以下の内容について情報のご提供をお願いいたします。

- ・ これまでの治療内容
- ・ それぞれの治療の期間
- ・ それぞれの治療の効果
- ・ 重篤な有害事象の有無

② 受診時の病状が把握できる CT や MRI などの画像（直近のもの）

③ 直近の血液検査のデータ（直近のもの）

組織を用いての遺伝子パネル検査をご希望の場合には、以下の資料もお願いいたします。

④ がん組織のホルマリン固定パラフィン包埋（FFPE）ブロック

- ・ 検体は過去3年以内に採取されたものをお願いいたします。
- ・ がん遺伝子パネル検査実施にあたり、当該 FFPE ブロックから新たに 10 μ m x 5 枚あるいは 5 μ m x 10 枚のプレパラートを作成させていただきますことをご了承ください。検査終了後返却いたしますが、僅少な検体の場合は病理切片作成後にお返しできないこともありますことをご了承ください。

⑤ 当該検体の生検・手術検体の HE 染色のプレパラート

- ・ 検査終了後返却いたします。

⑥ 当該検体の病理報告書のコピー

リンク 8

※ がんの組織検体をご提供いただくことが困難な場合には当院担当医へその旨ご連絡ください。

ご多忙のところ大変恐れ入りますが、よろしくお取り計らいのほどお願い申し上げます。

【お問い合わせ先】

和歌山県立医科大学附属病院 がん相談支援センター

TEL：073-441-0778