**検体送付依頼書**

送付先:　　　　　　　　　　　　　病院

　　　　　科　　　　　　　　 先生　御机下

TEL ：　　　　　　　　 FAX ：　　　　　　　　 　日付: 令和 　年 　月　 日　（　　）　　　送信枚数：　　４枚

発信元 : 旭川厚生病院 病理診断科

TEL ： 0166-33-7171 病理内線 2279

平素より大変お世話になっております。

検体のご依頼をさせて頂きます。

「遺伝ゲノム診療科」にご紹介頂きました

**患者： 　　　　　　　　　殿**　（生年月日：　　　　　　年　　　月　　　日）　　につきまして、

検査に必要な病理検体のご用意をお願い致します。

ご用意頂く病理検体は、以下のいずれかでお願い致します。

**腫瘍部のFFPEブロック　1～2個**

**（原則、ブロック作製後3年以内のもので、かつ腫瘍細胞占有率が20％以上のもの。長径が2mm以上あるもの。放射線未照射部位組織であるもの。）**

\* やむを得ず腫瘍細胞占有率が20％に満たない切片を提出する場合は、必ず「検体送付時チェック表」に実際の占有率を明示してください。

\* 上記の場合、検査が行えないか、信頼性の低い結果が報告される可能性がありますので、ご注意ください。

\* 放射線照射歴のある検体は使用できない場合があります。使用の可否については、遺伝ゲノム診療科担当医師の指示に従って下さい。

**原則としてブロックでの貸し出しにご協力をお願いします。**

なお、上記ブロックを送付できない場合は、検査に応じて、未染標本の送付をお願いすることに致しますので下記までお問い合わせください。

大変お手数ですが、**別紙「検体送付・受領書」**に必要事項をご記入頂き、

**全ての病理スライド標本と代表部のブロック、病理報告書コピー1部、切り出し図コピー1部**　、**検体送付時チェック表**を同封の上、郵便または宅急便にて郵送頂きたくお願い申し上げます。

受領時には、FAXで受領のご連絡をさせて頂きますので、ご確認ください。

また、FFPEブロックは、使用後速やかに返却致しますが、概ね 8週間ほどお預かりする予定です。

病理検体の選定や送付に際しまして何かご不明な点がございましたら、下記までお気軽にご連絡下さい。

＊＊＊　病理検体送付に関するお問い合わせ　＊＊＊

〒078-8211　旭川市1条通り24丁目111

JA北海道厚生連　旭川厚生病院　病理診断科

TEL 0166-33-7171 病理内線 2279、FAX 0166-37-0016

**未染標本作製手順**

**（原則としてブロックでの貸し出しにご協力をお願いします）**

1．準備

1）**腫瘍部のFFPEブロック : 以下の①～④の条件を満たすもの**

**①ブロック作製後3年以内のもの**

**②腫瘍細胞占有率が20％以上のもの**

**③長径が2mm以上あるもの**

**④放射線未照射部位組織であるもの**

\* やむを得ず腫瘍細胞占有率が20％に満たない切片を提出する場合を含め、必ず「検体送付時チェック表」に実際の占有率を明示してください。

**（上記の場合、検査が行えないか、信頼性の低い結果が報告される可能性がありますので、ご注意ください。）**

\* 放射線照射歴のある検体は使用できない場合があります。使用の可否については、がん遺伝子診断部担当医師の指示に従って下さい。

**＊原則としてブロックでの貸し出しをお願いしています。**

**未染標本でのご提出を希望される場合は、**

**下記までご連絡くださいますようお願い致します。**

**必要に応じて『未染標本による作製手順書』を送付させていただきます。**

**＊＊＊　病理検体送付先　＊＊＊**

〒078-8211　　旭川市1条通り24丁目111

　　　JA北海道厚生連旭川厚生病院　病理診断科

　　　　　　　　　　　　　TEL　0166-33-7171

　 病理内線 2279

　　　　　　　　　　　　　FAX　0166-37-0016

検体送付・受領書

**（原則としてﾌﾞﾛｯｸでの貸し出しにご協力をお願いします）**

・病院名：

**＊＊＊　病理検体送付先　＊＊＊**

　〒078-8211　　旭川市1条通り24丁目111

　JA北海道厚生連旭川厚生病院　病理診断科

　　　　　　　　　　　 TEL　0166-33-7171

　　　　　病理内線 2279

　　　　　　　　　　　　　FAX　0166-37-0016

・患者氏名：

・生年月日:　　　　　　　　　　　　　　　・性別：

* **貸出ブロック番号（標本番号 - 枝番）**

**必ずご記入ください**

**・送付日：**

**・送付者：**

**・ご連絡先：　　　　　　　　・内線番号　　　　　　　・FAX**

※　この用紙に必要事項を記入し、

全ての病理スライド標本と代表部のブロック、病理報告書コピー1部、切り出し図コピー1部、検体送付時チェック表　を同封の上、送付願います。

　　　　　　　　　　　病院　　　　　　　　　　　　　　　先生机下

上記検体を受領致しました。

・受領日：

・受領者：

旭川厚生病院　　病理診断科

検体送付時チェック表

以下の項目を確認し、検体等と一緒に同封願います。

【原則としてブロックでの貸し出しにご協力をお願い致します。】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確認事項 | Yes | No |
| 3年以内に作製されたFFPEﾌﾞﾛｯｸである | □ | □ |
| 長径が2mm以上の検体である | □ | □ |
| 腫瘍細胞占有率　（　　　　　　）％　程度である\*1  [有核細胞数での腫瘍細胞占有率の評価を10%刻み程度でお願い致します] | ％を記載した | |
| □ | □ |
| 放射線照射歴された部位のブロックではない\*2 | □ | □ |
| 貸出ブロック番号（標本番号 - 枝番）を記載した | □ | □ |
| 全ての病理スライド標本と代表部のブロック・病理報告書ｺﾋﾟｰ・切り出し図ｺﾋﾟｰを同封した（手術検体は切り出し図が必要です） | □ | □ |

**\* 1 やむを得ず腫瘍細胞占有率が20％に満たない切片を提出する場合を含め、必ず「検体送付時チェック表」に実際の占有率を明示してください。**

**（上記の場合、検査が行えないか、信頼性の低い結果が報告される可能性がありますので、ご注意ください。）**

**\* 2 放射線照射歴のある検体は使用できない場合があります。使用の可否については、遺伝ゲノム診療科担当医師の指示に従って下さい。**

※原則全ての項目が「Yes」の場合のみ、検査受付が可能です