

大阪急性期・総合医療センター がん遺伝子パネル検査用提出病理検体チェックリスト

各病院の病理部門担当者様

太枠部分の記入をお願いいたします。がん遺伝子パネル検査を行うにあたり、当センター病理科で組織診断の再確認と検査用未染プレパラート作製をさせていただきたく存じ上げます。つきましては、ブロックを含めての貸し出しを何卒お願いいたします。貴院で保管されている現症に関わる病理組織標本(生検、手術、転移巣等のブロックとプレパラート)と病理診断報告書のコピーをできる限り全て提出してください。提出頂いたブロックと染色済みプレパラートに関しては検査結果説明後に責任をもって返却いたします。このため返却まで2～3か月以上かかることをご了承ください。固定条件・脱灰条件が不明の場合はその旨記載ください。採取から固定までの時間が著しく長時間であった可能性がある等留意点あれば備考に記入していただけると幸いです。

標本番号	提出いただいた材料				ホルマリン溶液固定条件			脱灰条件		返却時記入項目	
	診断報告書 コピー	ブロック数	染色済 プレパラート枚数	未染 プレパラート枚数	濃度	ホルマリン種類	固定時間	脱灰した ブロック枝番	脱灰液種類	ブロック	プレパラート
					10%	緩衝	72時間以内		EDTA		
					20%	非緩衝	72時間以上		ギ酸		
					10%	緩衝	72時間以内		EDTA		
					20%	非緩衝	72時間以上		ギ酸		
					10%	緩衝	72時間以内		EDTA		
					20%	非緩衝	72時間以上		ギ酸		
					10%	緩衝	72時間以内		EDTA		
					20%	非緩衝	72時間以上		ギ酸		
					10%	緩衝	72時間以内		EDTA		
					20%	非緩衝	72時間以上		ギ酸		
					10%	緩衝	72時間以内		EDTA		
					20%	非緩衝	72時間以上		ギ酸		

*備考