

がん遺伝子パネル検査に必要な 病理組織検体一式の準備について

平素より大変お世話になっております。「がん遺伝子パネル検査」を行うために、病理組織検体が必要となります。つきましては、下記に示す①～⑤をご準備いただけますようお願い申し上げます。可能な限り、受診日より前に送付してください。

① パネル検査用 病理組織検体

可能であれば、FFPEブロック（必ず返却いたします）

ブロックの借用が不可能な場合は、薄切したプレパラート

(HE1枚、未染 5 μ m × 4枚、未染 10 μ m × 10枚*)

*ノンコートガラスを使用してください

※酸脱灰（EDTA脱灰は除く）した検体では検査が行えません。

② ①の診断に用いたHE標本（必ず返却いたします）

※①のパネル検査適格性を判断するために必須です。

③ ①の病理検査報告書のコピー

④ 切り出し図のコピー

⑤ 本書と同時に送信した 病理組織検体一式のチェックシート

※パネル検査の精度向上を図るために必要な情報となります

※ご提供いただいた①のFFPEブロックと②は返却いたします。

ただし、①のFFPEブロックについては使い切ってしまう場合もあります。

※①のFFPEブロックについて、消失不可の場合は、

⑤のチェックシートの該当欄にチェックしてください。

がん遺伝子パネル検査に用いる腫瘍組織検体は、

一番最近に採取した検体（転移巣も可）をご準備ください。

また、採取後 3年以内 であること

組織の 大きさは 4 × 4mm 以上、腫瘍細胞比率は 20% 以上 であること

固定液は 10% 中性緩衝ホルマリン であること が望ましいとされています。

がん遺伝子パネル検査に必要な
病理組織検体一式のチェックシート

点線枠内を記載してください。

患者氏名	性別 M F	生年月日 (西暦 / /)
最初に「腫瘍」と診断された年月日 (西暦 / /) ※年月だけでも結構です		
提出する病理組織検体の貴院での病理番号		
項目	チェック欄	
① パネル検査用 病理組織検体 可能であれば、 <u>FFPEブロック (必ず返却いたします)</u> ブロックの借用が不可能な場合は、薄切したプレパラート (HE1枚、未染 5 μ m $\times$ 4枚、未染 10 μ m $\times$ 10枚*) <u>*ノンコートガラスを使用してください</u> ※酸脱灰 (EDTA脱灰は除く) した検体では検査が行えません。 ※薄切する際には、 必ず手袋、マスクを着用し、マイクロームの刃を交換して、 他検体とのコンタミネーションがないよう ご配慮ください。	いずれか 一方で 結構です	
十分なDNA量を得るために組織片をすべて使って良い (FFPEブロック)	はい いいえ	
② ①の診断時に用いたHE標本 (必ず返却いたします)		
③ ①の病理検査報告書のコピー		
④ 切り出し図のコピー		
組織の採取日の記載 (西暦 / /)		
組織の大きさは 4 $\times$ 4mm以上 である	はい いいえ	
腫瘍細胞比率は 20%以上 である	はい いいえ	
固定液は 10%中性緩衝ホルマリン である 異なる場合、記載してください ()	はい いいえ	
おおよその固定時間	時間	

「本チェックシート(コピー可)」と「①～④」を下記、ゲノム医療推進センター宛に
エア緩衝材で梱包のうえ「スライドガラス」と明記して、郵送(レターパックまたは
特定記録郵便)または 宅配 してください。宜しく願いいたします。なお、送料はご負担
いただけますと幸いです。

【送付先・問い合わせ先】

〒216-8511 神奈川県川崎市宮前区菅生2-16-1

聖マリアンナ医科大学病院 ゲノム医療推進センター 044-977-8111 (病院代表)