

**FoundationOne® Liquid CDx がんゲノムプロファイル
患者情報チェックリスト**

□にレ点、および必要事項を記入してください

フリガナ				施設名			
患者名							
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢	歳	移植歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険パネル実施	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

診断名			ICD - 10			臨床病期 (STAGE)		
組織診断名			休薬期間または最終投与日 (薬物療法中は必須)	年 月 日～ 年 月 日 または最終投与日 (予測日可): 年 月 日 <input type="checkbox"/> その他 (休薬不可など、上記に非該当の場合)				

FoundationOne® Liquid CDx がんゲノムプロファイルを選択した理由	
<input type="checkbox"/>	固形腫瘍の腫瘍細胞を検体としてがんゲノムプロファイリング検査を行うことが困難な場合は、その医学的な理由をご記載ください。 <input type="checkbox"/> 取得した組織が3年以上前 (年 月 日) のものであり、標本の品質に問題がある。 また、治療方針を検討するうえでも標本が古く、問題がある。 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/>	固形腫瘍の腫瘍細胞を検体として実施したがんプロファイリング検査で包括的なゲノムプロファイルの結果を得られなかった場合はその旨をご記載ください。 <input type="checkbox"/> 病理標本 (FFPE ブロック) を検査に出検したが、品質不良のため、検査中止となった。 <input type="checkbox"/> その他 ()

※Liquid 選択理由は、診療録及び診療報酬明細書の摘要欄に記載が必須となっております。記載がない場合は検査をお受けできません。

Liquid を選択した医学的な理由が不明な場合は、問い合わせさせていただく場合があります。あらかじめご了承ください。