

検体情報チェックリスト

□にレ点、もしくは必要事項を記入してください

患者情報

フリガナ

患者名 _____ 性別 _____ 年齢 _____

施設名 _____

検体の種類

FFPE標本

①FFPE標本(厚さ10 μ m)枚数 _____ 枚

②FFPE標本(厚さ4 μ m)枚数 _____ 枚

* 腫瘍細胞の割合を当院でも確認いたします

③FFPE標本作成日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

FFPE ブロック番号 _____

検体の採取方法

採取方法 BIOPSY RESECTION UNKNOWN

採取日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

採取臓器

- | | | | |
|-------------------------------------|--|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> BONE | <input type="checkbox"/> BRAIN | <input type="checkbox"/> BREAST | <input type="checkbox"/> CHEST WALL |
| <input type="checkbox"/> CNS | <input type="checkbox"/> KIDNEY | <input type="checkbox"/> LIVER | <input type="checkbox"/> LUNG |
| <input type="checkbox"/> LYMPH NODE | <input type="checkbox"/> OVARY | <input type="checkbox"/> UTERUS | <input type="checkbox"/> STOMACH |
| <input type="checkbox"/> HEART | <input type="checkbox"/> MUSCLE | <input type="checkbox"/> SPLEEN | <input type="checkbox"/> SKIN |
| <input type="checkbox"/> PLEURA | <input type="checkbox"/> OTHER,Specify below | | |

原発巣or転移巣

原発巣 転移巣

使用された固定液

ホルマリン 不明 ホルマリン以外の固定液

固定液につかるまでの時間

<=30分 >30分 不明

固定時間

<6時間 6-<12時間 12-<18時間
 18-24時間 >24時間 不明

腫瘍細胞の割合 _____ %

STAGE _____