

2024年5月21日

診療科長 医局長
病棟医長 外来医長
中央診療施設副部長 殿
看護部長 看護師長
事務部長

検査部 外注検査作業室

検査部回報2024-No.11

外注検査新規項目受託開始のお知らせ

外注検査委員会で承認されました検査項目を下記期日より開始致しますので、ご案内いたします。

記

< 開始項目 >

- ①β-アミロイド 1-42/1-40 比
- ②sFlt-1/PIGF 比
- ③肺がんコンパクトパネル Dx マルチコンパニオン診断システム

項目	①β-アミロイド 1-42/1-40 比	②sFlt-1/PIGF 比	③肺がんコンパクトパネル Dx マルチコンパニオン診断システム	
測定原理	CLEIA 法	ECLIA 法	次世代シーケンス法	
材料	髄液	血清	未染標本スライド	細胞診材料
採取容器	SRL-XR5 	分離剤入り 	Z10 	滅菌スピッツ 

※③はがんゲノム検査依頼書、**SRLの専用依頼書**が必要です。

<専用依頼書の記入箇所>

③肺がんコンパクトパネルDx マルチコンパニオン診断システム

肺がんコンパクトパネル®(研究用)(匿名)
 長崎大学病院



770102744

赤枠内の記載をお願い致します

★匿名符号(必ずご記入ください)

*生年月日(西暦)	*採取日(西暦)	採取時間(24H表記)	*年齢	*性別	*提出日	*提出時間
年 月 日	年 月 日	時 分	歳	男 女	年 月 日	時 分

※報告書の氏名は「匿名符号」でご報告いたします。
 ※氏名、カルテNoの記入欄は「病院控え」にのみ掲載されております。
 ※匿名符号は、英数字(大文字のみ)20桁以内で必ずご記入ください。
 注意:「-」(ハイフン)などの記号は不可です。

【集荷の方へ】匿名符号、アカウントID、生年月日、年齢、性別、検体採取日、提出医名に記入があるか必ず確認してください。

氏名(カタカナ) _____
 カルテID _____

肺がんコンパクトパネル®専用依頼書(研究用)(匿名)

【依頼書の記載について】

- ・下記情報は必須情報となりますため、依頼書上部の指定欄にご記載をお願いいたします。
- ・「匿名符号」「アカウントID」「生年月日」「年齢」「性別」「検体採取日」「提出医名」「アカウントID」はその他No.欄にご記載をお願いいたします。
- ・提出材料コードは下記の通り選択ください。

未染標本スライド(室温): 37 GM管(冷蔵): 79 凍結検体: 99

肺がんコンパクトパネル®検査 実施料 20,000点

項目コード	検査項目名称	備考
OT741	肺がんコンパクトパネル®7 遺伝子 研究用	本依頼書は研究目的として未承認の遺伝子解析結果を含む結果の返却を希望される場合に限りご使用ください。 承認済みの遺伝子解析結果のみのご返却をご希望の場合は別の依頼書になります。

◎ご依頼の検体材料に をお願いいたします。 ※検体が細胞診の場合、該当する検体種に をお願いいたします。

<input type="checkbox"/> FFPE(未染標本スライド)	5µm×5~10枚(4µl以上~)	室温	<input type="checkbox"/> 組織	<input type="checkbox"/> セルブロック	備考:
<input type="checkbox"/> 凍結検体	1mm角(1mg)以上	凍結 滅菌ポリスビツ	<input type="checkbox"/> 凍結組織	<input type="checkbox"/> 凍結沈査(細胞診)	備考:
<input type="checkbox"/> 冷蔵検体(細胞診)	1mm角(1mg)以上	冷蔵 GM管	<input type="checkbox"/> 経気管支生検(TBB) プラシ標退診	<input type="checkbox"/> 鉗子洗浄液	
			<input type="checkbox"/> 経気管支生検(TBNA)	<input type="checkbox"/> 内視鏡下穿刺吸引生検(FNA)	
			<input type="checkbox"/> 胸水	<input type="checkbox"/> その他:	

【確認事項(FPE・細胞診)】

◎提出材料の腫瘍割合について
 本検査をFPE、細胞診で提出される際は、5%以上の腫瘍細胞が存在することが求められています。
 検体ご提出前には採取した組織のH/E染色や顕微鏡により腫瘍細胞割合を確認し下記にシ点チェックをお願いします。

腫瘍細胞が5%以上 腫瘍細胞が5%未満 ※(%)

【インフォームドコンセント】下記にシ点チェックをお願いします。

本検査の目的や限界「肺がんコンパクトパネル®」の意義を担当医師が被験者に説明し、被験者の同意を得ています。

【研究用コンパクトパネル®をご依頼の場合の留意事項に関して】

当該検査においては、コンパニオン診断用遺伝子変異のみが薬事承認されているため、研究目的として医師の要望があった場合に限り、コンパニオン診断用以外の遺伝子変異の結果を返却いたします。研究目的として未承認の遺伝子解析結果の返却を希望される場合には、本留意事項を十分把握の上、下記にご署名をお願いいたします。薬事承認範囲外の遺伝子変異の結果につきましては、診断目的のご使用には活用できないことをくれぐれも留意いただきますようお願いいたします。

◇ 研究目的とした未承認の遺伝子変異解析結果の返却を希望する医師のご署名

20 年 月 日 担当医署名(自筆)

000006 501601

補足事項 検体数 項目数 負担項目数 受領者 受領日
 請求区分 窓口 項目コード
 20 21 30 31

< 開始日 >
 2024年6月3日(月)より

上記についてのお問い合わせは、外注検査作業室(内線7254)までお願い致します。

2/2