

## がん遺伝子パネル検査目的でご紹介いただく際のお願い

この度は、貴重な症例をご紹介くださりありがとうございます。

当検査を実施するにあたり、下記につきご留意くださいますようお願いいたします。

### (1) 適格条件（すべてに当てはまる方が対象となります。）

入院中ではない方

標準治療終了もしくは終了見込みの方、原発不明がんや希少がん等の標準治療が確立されていないがん種の方

予後が2か月以上見込める方

本検査終了後に薬物療法の適用となる可能性が高いと主治医が判断した方

検査費用（保険点数 56,000 点）をお支払いいただける方

### (2) ご提供いただくもの（**がんゲノム医療センター**まで郵送願います。）

		貴院で評価・薄切	当院で評価・薄切※1
①	診療情報提供書	○	○
②	臨床情報データ記入用紙	○	○
③	薄切検体※2 (詳細は(3)をご参照ください。)	○	—
④	ブロック検体※3	—	○
⑤	HE 染色※4	○	○
⑥	免疫染色、特殊染色を行った検体	—	△
⑦	病理組織診断書・切り出し図 ※②のFFPEブロックに関するもの	○	○
⑧	検体情報チェックリスト	○	○

△…実施されていれば送付願います。(検査終了後、返却いたします。)

※リキッドバイオプシーでの検査をご希望の場合は、③～⑧は不要です。

※1 当院での評価・薄切は、病理医が不在等のご施設に限らせていただきます。(病理医が在任されているご施設では、原則、貴院で評価・薄切をお願いいたします。)

※2 薄切検体

検査に使用した(検査会社へ提出した)薄切検体(HE染色を含む)は返却できません。

※3・※4 ブロック検体・HE染色

・ブロックに含まれる組織を使い切る場合がありますので、予めご了承ください。

・残余分のブロック及びHE染色は返却いたします。

(裏面に続く)

(3) 薄切検体について

\*薄切の枚数等は、検査によって異なりますのでご注意ください。

	FoundationOne CDx	NCC oncopanel	GenMine TOP
腫瘍細胞割合	30%以上	20%以上	
切片の厚さ	4~5 $\mu$ m	10 $\mu$ m もしくは5 $\mu$ m	
切片表面の面積	25mm <sup>2</sup> 以上	16mm <sup>2</sup> 以上	
未染色スライド の必要枚数	10 枚以上	切片の厚さが 10 $\mu$ m : 5枚以上 5 $\mu$ m : 10枚以上	
HE 染色の要否	要	不要	要
特記事項		腫瘍細胞割合が20%未満の場合は、腫瘍細胞割合が20%以上になるように、スライドの腫瘍部を裏面からマーキングしてください。	

<未染色スライドの枚数>

以下のどちらかでご対応願います。

- 1) ご希望の検査がある場合・・・当該検査の必要枚数を送付
- 2) 当院担当医と患者さんで検査種別を決定する場合・・・5 $\mu$ m を10枚以上送付  
(HE 染色は必ず送付ください)

京都府立医科大学附属病院  
がんゲノム医療センター  
TEL (075) 251-5336  
FAX (075) 251-5156