

病理組織検体の品質評価シート

初回受診時持参用

当院患者 ID 印字

当院病理使用欄
ラベル貼り付け位置

患者さんが持参して頂く HE 染色標本に関する下記の項目について、ご記載をお願いいたします。パネル検査に問題ない品質かどうか判断いたします。

- (1) 検体採取年月日 _____年__月__日
- (2) 検体採取方法： 生検 ・ 手術 ・ その他 (_____)
- (3) 採取臓器： _____
- (4) 病理組織検体 (FFPE ブロック, スライドガラス) を作製した場所：
院内 ・ 院外 (検査会社名 _____)
- (5) 検体採取から固定までの時間： (<30 分 ・ ≥30 分 ・ 不明)
- (6) 検体固定条件
ホルマリン濃度： _____% (中性緩衝 ・ 非緩衝) ホルマリン
ホルマリン固定時間： _____ 時間 ・ 不明
- (7) FFPE (ホルマリン固定パラフィン) ブロックの借用： (可 ・ 不可)
*パネル検査用の標本作製時に、検体をつかいてしまう可能性があることを
ご了承いただける場合に、「可」としてください。
- (8) 今回持参する検体以外に提出可能な病理検体の有無 (有 ・ 無)

*お送りいただく HE 標本は、なるべく腫瘍含有率が多く、
炎症、出血、壊死が少ないものをご選択ください。