

FAX 宛先 : (06) 6879-3879

____年 ____月 ____日

送付先 :

大阪大学大学院医学系研究科 血液・腫瘍内科学
阪大 CBC 研究事務局 一井 倫子、高嶋 悠 宛
(Tel:06-6879-3871、FAX:06-6879-3879)

発信元 :

施設名 : _____

担当医師名 : _____

(Email: _____)

(Tel: _____ 、 FAX: _____)

書類送付案内(FAX)

下記書類を送信いたします。

送付枚数 : 全 2 枚(この頁を含む)

遺伝子変異検査依頼票を送付します。

備考欄

以上

遺伝子変異検査依頼票

記入日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

登録番号	事務局で使用します	施設名			
主治医		結果送付先アドレス			
患者イニシャル		性別	男・女	年齢	歳
確認項目					
<p>1) 所定の同意文書及びその他の説明文書を用いて十分に説明を受け、自由意思により文書で同意しています。</p> <p>2) 下記検査項目を依頼します。</p> <p>A) 骨髄増殖性腫瘍(MPN) JAK2 (exon12), MPL (exon10), CALR (exon9)</p> <p>B) 原発性マクログロブリン血症(WM/LPL)関連 MYD88 (L265P), CXCR4 (WHIM)</p> <p>C) ヘアリー細胞白血病(HCL)関連 BRAF (V600E), MAP2K (exon2,3)</p> <p>D) AITL 関連 RHOA</p> <p>E) CNL/CMML 関連 CSF3R, SETBP1 , ASXL2</p> <p>F) LGL 関連 STAT3</p> <p>G) AML NPM1</p> <p>3) 検体の種類</p> <p>4) 検査予定日</p> <p>5) 阪大到着予定日時 (受付：祝日を除く月～金曜日) (受付時間：9:00～17:00)</p> <p>6) 宅急便 追跡番号</p>			<p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>A) <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>B) <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>C) <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>D) <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>E) <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>F) <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>G) <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>末梢血・骨髄・その他 ()</p> <p>年 月 日 ()</p> <p>年 月 日 ()</p> <p>午前・午後 () 時頃</p> <p>()</p>		
備考欄 (事務局で使用します)					

<依頼手順>

- ① 検体保存の同意書取得ならびに検体送付の予定を決める・運搬手配（同意書は各施設で保管）
- ② 前日(営業日)までに阪大 CBC 事務局へ FAX（大阪大学血液・腫瘍内科医局：06-6879-3879）（当日の場合は必ず医局：06-6879-3879 へお電話をお願いします。）
- ③ 予定日に検体を送付（4度・翌日着のクロネコヤマト・クール宅急便で着払い）
- ④ 検査結果は1週間程度で返却します。

検体について

- ・末梢血：EDTA で抗凝固した血液 2ml
- ・骨髄：EDTA で抗凝固した骨髄液(200-500uL 程度あれば十分です)
- ・骨髄塗抹標本：未染で 1-2 枚
- ・生検：直径 5-10mm 程度（生食ガーゼで包んで乾燥しないようにして下さい。またはそのまま凍結したのものも OK)
- ・生検病理標本（FFPE）：未染 5-6 枚
- ・その他：胸水などの特殊検体の場合は事前に一井までご連絡・ご相談下さい。

*遺伝子変異検査は Sanger 法を用いるため、腫瘍量が少ない場合は偽陰性になります。診断時など腫瘍量の多い検体での依頼をお願いします。

- ・検体受付は、月～金曜(祝日を除く) 9:00~17:00 です。
- ・運搬の宛先は下記の通りです。

〒565-0871 大阪府吹田市山田丘 2-2

大阪大学大学院医学系研究科 血液・腫瘍内科学

TEL: 06-6879-3871 FAX: 06-6879-3879