

## ■がん遺伝子パネル検査提出(Liquid 検査)用チェックリスト

検査選択フローにて**適当**と判断されましたら、がん遺伝子パネル検査（Liquid 検査）用の提出をお願いします。

フリガナ 患者氏名	
--------------	--

病院名			
診療科		担当医	
電話番号		メール	

### 希望する検査

	Foundation One Liquid CDx
--	---------------------------

### 以下確認されましたら□にチェック【✓】を入れて下さい

- 患者ががん遺伝子パネル検査の適応を満たしている。
- 病理検体が3～5年以上経過している。また、侵襲的な場合などにより、腫瘍組織検体の再採取が不可能である。
- 1か月間に化学療法を行っていない。
- 現在の治療が奏効していない。
- 患者に Liquid 検査で得られる結果には、適応となる治療の情報が少なくなる場合があることを説明している。(MSI や TMB については保険適応外のため、変異の結果が出てもこれらに関する治療法や治験情報は提供されない。)
- 以上のチェック項目がすべて満たしている。

(チェック項目が満たされない場合は、がん遺伝子パネル検査への申し込みを再検討をお願いします。)

**検査に必要な添付資料**

	がんゲノム外来 申込書 【様式 1】
	診療情報提供書
	資料（実施された画像検査や血液検査など）
	C-CAT 入力情報【様式 5】
	看護情報提供書（任意）【様式 6】
	がん遺伝子パネル検査提出(Liquid 検査)用チェックリスト【様式 7-2】

上記をすべて同封の上、追跡可能な方法（レターパックなど）で送付してください。