

의뢰기관명		환자명	
의뢰기관 code		환자성별	<input type="checkbox"/> 남자 <input type="checkbox"/> 여자
의뢰의사		환자생년월일	- * * * * *
의뢰일	년 월 일	환자등록번호	
의뢰기관 전화번호		나이 / 성별	/

분자 병리 검사			
검사코드	검사명	검사코드	검사명
<input type="checkbox"/> K578	ALK FISH (Fluorescence in situ hybridization)	<input type="checkbox"/> M040	EGFR major mutation
<input type="checkbox"/> K579	HER2 FISH (Fluorescence in situ hybridization)	<input type="checkbox"/> M345	BRAF (V600E) mutation
<input type="checkbox"/> K437	MDM2 FISH (Fluorescence in situ hybridization)	<input type="checkbox"/> K470	MSI (Microsatellite Instability)
<input type="checkbox"/> L848	ROS1 FISH (Fluorescence in situ hybridization)	<input type="checkbox"/> K563	K-ras mutation

확인	검체	Tumor proportion	수량	병리번호 혹은 블록번호	필요수량
<input type="checkbox"/>	H&E slide	_____%	_____개		1장 (필수)
	Paraffin block	_____%	_____개		1개
<input type="checkbox"/>	H&E slide	_____%	_____개		1장 (필수)
	Unstained slide	_____%	_____개		4장

조직 고정 시간	hr	조직 박절 두께 (Unstained slide)	μm
----------	----	----------------------------	----

그 외 필수 서류 : 병리 진단지 (H&E, IHC 판독지)와 유전자 검사동의서가 반드시 필요합니다.
*** Unstained slide로 의뢰시 주의사항**
 1) ALK, HER2, MDM2 검사 의뢰시 unstained slide 3μm 두께 4장이 필요하며 반드시 면역염색용 혹은 ISH용 코팅 유리슬라이드를 사용하시기 바랍니다.
 2) K-ras, EGFR, BRAF, MSI 검사 의뢰시 unstained slide 10μm 두께 4장이 필요합니다.

IHC 검사 결과 (의뢰기관)	항목() <input type="checkbox"/> 0/1+ <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+	귀 기관 면역염색 시행일 : _____년 _____월 _____일
------------------	---	--------------------------------------

임상병력, 검체 부위 및 진단명

검사의 민감도 및 Tumor cell proportion (%)이 결과에 영향을 줄 수 있습니다.
 따라서, Slide 병변 부위 표시와 함께 Tumor cell proportion (%)을 반드시 기록하여 주시기 바랍니다.

인수 확인란	<input type="checkbox"/> 분자병리 의뢰서	<input type="checkbox"/> 유전자검사 동의서	<input type="checkbox"/> 병리 진단지
	<input type="checkbox"/> H&E slide	<input type="checkbox"/> Paraffin block 또는	<input type="checkbox"/> Unstained slide

* 의뢰하실 때에는 □공란에 V 표시하여 주시고, 빠짐없이 기입해 주십시오.

