**\*\*\*\*\*病患檢體不在本院病理部者，請加填此單以便作業\*\*\*\*\***

(填完請將此單送至醫學科技大樓R5009標本簽收室)

臺北榮民總醫院

**外院病理切片申請單**

 主任/醫師 鈞鑒

貴院之病患\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_現於本院就醫，本院擬向 貴院申請含腫瘤之切片，以便進行病患向本院申請之檢驗，感謝您撥冗幫忙。

檢驗項目

1. 腫瘤核酸分析

|  |  |
| --- | --- |
| * High Sensitivity EGFR Mutation test
 | * ALL RAS mutation test
 |
| * BRAF mutation test
 | * c-KIT/PDGFRA Mutation test
 |
| * NGS
 | * Others:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |

1. IHC免疫染色

|  |  |
| --- | --- |
| * PDL1 IHC
 | * MMR IHC
 |
| * Others:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |  |

1. FISH螢光原位雜交

|  |  |
| --- | --- |
| * Her2 FISH
 |  |
| * Others:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 外院之病歷號 | 外院病理號 | 組織來源(必填) | 診斷(必填) |
|  |  |  |  |  |
| 身分證號碼 |  | 生日 |

此致 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_醫院 \***務必填寫醫院名稱**

敬祝

 醫祈

 □病患本人 □家屬或法定代理人

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(簽名)

 臺北榮民總醫院

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_醫師 年 月 日

**以下由臺北榮總病理檢驗部填寫**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □普通片  | 3-5μM | \_\_\_\_\_\_\_張 | □免疫塗膠片 | 1-2μM | \_\_\_\_\_\_\_張 |
|  | >5μM | \_\_\_\_\_\_\_張 |  | 3-5μM | \_\_\_\_\_\_\_張 |

所需含腫瘤之切片

**並請附上病理報告一份。** 臺北榮民總醫院 病理檢驗部

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_醫師年 月 日