*******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:_____
2. IHC 免疫染色
   - ☐ PDL1 IHC　☐ MMR IHC
   - ☐ Others:_____
3. 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

所需含腫瘤之切片　☐普通片　3-5μM _____張　☐免疫塗膠片　1-2μM _____張

>5μM _____張　3-5μM _____張

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