*******病患檢體不在本院病理部者，請加填此單以便作業 *******

(填完請將此單送至科技大樓R5009標本簽收室)

台　　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

☐ Tumor EGFR Sequencing　　☐ High Sensitivity EGFR Mutation Test

☐ Tumor KRAS Sequencing　　☐ MGMT Promoter Mehtylation Test

☐ BRAF Mutation Test　　☐ Others:_____

2. IHC免疫染色

☐ EGFR expression　　☐ ALK translocation IHC　　☐ Others:_____

3. FISH螢光原位雜交

☐ ALK translocation　　☐ 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）

台北榮民總醫院

_____ 醫師　　年　　月　　日

以下由台北榮總病理檢驗部填寫

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

> 5 μM _____張　　3 - 5 μM _____張

並請附上該份病理報告一份。

台北榮總病理檢驗部

醫師

年　　月　　日