

臺北榮民總醫院病理檢驗部

文件編號：Path.SOP-A-00008
版次：1.0



頁次：第 4 頁共 4 頁

組織蠟塊管理規範

切片(蠟塊)(含研究用)申請單

申請人：_____

- 病人本人 計劃主持人 協同研究人員
- 其他 (請說明與病人之關係並檢附證明文件由病理部影印存查)

申請原因：_____

研究題目：_____

計劃編號：_____ 執行單位：_____

本院人體試驗委員會臨床試驗同意書編號：_____ 附病人同意書影本 病人簽名：

若計劃主持人或協同研究人員非研究題目相關之次專科負責人，請該次專科同仁簽名認可

病理次專科醫師簽名：_____ 日期_____年_____月_____

若計劃主持人或協同研究人員非臨床負責該病例之主治醫師，請臨床負責該病例之主治醫師簽名認可

臨床主治醫師簽名：_____ 日期_____年_____月_____

切片號碼： 1-10 11-20 21-30 31-40 41-50

是否需本部同仁切片： 是 否

每個蠟塊切片數量：

玻片規格： 普通片 塗膠片 置入 Eppendorf tube

切片厚度： 1-2 μ 4-6 μ 8-10 μ 20-30 μ 50 μ

是否已收費： 是 否 (收費方式：_____)

申請日期：_____年_____月_____日 申請人簽名：_____

外科病理主任簽章：_____ 日期：_____年_____月_____日

(此聯由工作人員填寫)

開始日期：_____年_____月_____日 完成日期：_____年_____月_____日

負責技術人員：_____ 技師：_____