

病理切片暨病理資料送檢申請書

本人_____ (病歷號_____，病理編號_____)，目前
於由 貴院_____醫師負責治療，因病情、療程所需，請 貴院病理科將本人
蠟塊送檢，進行 ALK 免疫組織染色。

此蠟塊借出貴院後，本人自行承擔所有後續相關問題，特以此書面聲明以示負責。

此致

台南新樓 醫院

立同意書人：_____ 身分證統一編號：_____

聯絡電話：_____

與病人關係：本人 非本人，請說明：_____

中華民國 年 月 日

備註：

1. 「立同意書人」欄應由病人親自簽具或用印；病人無法自行書寫但可表示意思者，得依民法第三條規定，以指印、十字或其他符號代簽名，但須在文件上另經二人簽名證明確實由本人以符號代簽。
2. 病人如未成年或無法表示意思者，得依醫療法第六十四條規定由法定代理人、配偶、親屬或關係人簽具。
3. 立同意書人非病人本人者，「與病人關係」欄應予填載與病人關係。
4. 台南新樓醫院病理科
70142 台南市東門路一段 57 號 6 樓病理科，TEL:06-2748316 分機 6060

優健基因_奇美精準醫療實驗室 基因檢測送檢單

台南市永康區中華路 901 號

TEL:(06)2812811 ex 53630

收檢專線:(06)2389287

收件日：_____ 編號：_____ 框線內請勿填寫

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生日		病歷號碼	
身分證字號		科別	
送檢醫院	台南新樓醫院	送檢醫院聯絡電話	06-2748316-6060
送檢醫師		採檢日期	
檢體類別	組織(參照下方檢體需求表格)		
報告傳送方式	<input checked="" type="checkbox"/> 郵寄 地址：台南市東區東門路一段 57 號 收件人：台南新樓醫院病理科		
	<input checked="" type="checkbox"/> e-mail address：slh48@sinlau.org.tw		
檢測項目			
<input type="checkbox"/> ALK 免疫組織染色 補助 (報告時效 14 個工作天) <input type="checkbox"/> ROS1 免疫組織染色 補助 (報告時效 14 個工作天) **若 ROS1 免疫組織染色結果為陽性,將電話通知補檢體進行 RT-PCR 確認			

檢體需求：

檢驗項目	檢體類別
ALK 免疫組織染色	(1) HE 染色片一片 (2) 4um 組織空白片 3 片(需帶盲腸組織) (3) 組織病理報告
ROS1 免疫組織染色	(1) HE 染色片一片 (2) 4um 組織空白片 2 片(需帶發炎肺組織，若無法取得可免) (3) 組織病理報告
ROS1 RT-PCR	(1) HE 染色片一片 (2) 10um 蠟捲 5 片(裝在 1.5 ml 微量離心管) (3) 組織病理報告

檢體請送到:台南市永康區中華路 901 號奇美醫院 研究大樓 2 樓分子病理科

檢體拒收準則： a. 玻片碎裂 b. 檢體不足 c. 檢體未於常溫運送