

医療機関 ご担当者 様

トルカプ F-One コンパニオン診断 病理検体の提供依頼書

平素より大変お世話になっております。大変お手数をお掛け致しますが、貴院担当部署とご相談の上、トルカプ F-One コンパニオン診断に使用する病理検体をご送付いただきますよう、お願い申し上げます。

【ご用意いただく病理検体】

未染切片作成に決まった条件や手順があるため、可能な限りパラフィンブロックでのご提供をお願いしています。

生検検体、手術検体を問わず、以下を目安にブロック（１個）を選択して下さい。

- ・ 目的とする腫瘍量の多い領域
- ・ リンパ球など、炎症細胞の混在の少ない領域
- ・ 出血や壊死の少ない領域

当該ブロック と対応する HE標本 をお送り下さい。

※ 選択が難しい場合には、ご連絡下さい。

大変お手数ですが、別紙「検体送付書」に必要事項を記入いただき、上記病理検体、病理診断書コピー１部（手術材料の場合、該当するブロックが記載されている切り出し図コピー１部）を同封の上、郵便または宅急便（ワレモノ・室温）にて、お願い致します。

受領時には、FAX で受領のご連絡をさせていただきますので、ご確認ください。病理検体の選定や送付に際しまして何か不明な点がございましたら、お気軽にご連絡ください。

〒040-8611 函館市五稜郭町 38 番 3 号

函館五稜郭病院 がんゲノム科

池田 健

Mail : tatsuruiked@gmail.com

TEL (0138) 51-2295

FAX (0138) 56-2695