

患者	氏名 生年月日
診断名	
備考	

関係各位へのお願い) 上記患者さんが大阪医科薬科大学病院で「GenMineTOP®がんゲノムプロファイリングシステム」を希望されています。

➤ お願いしたいこと

① 貴院保管ブロックの貸出 または ② 貴院保管ブロックからの未染標本作製

① ブロック貸出の場合；以下の条件でブロックをお選びください。

- 保管期間3年以内
- 10%中性緩衝ホルマリン液を使用し、固定時間6~48時間
- 組織表面積が16 mm²、腫瘍細胞率が20%以上

※10 μmで、8枚以上の薄切が必要ですので、組織が十分に残っているブロックをお選びください
 ※ブロックは返却しますが、生検等の微小検体では組織を使いきってしまう場合がございます。

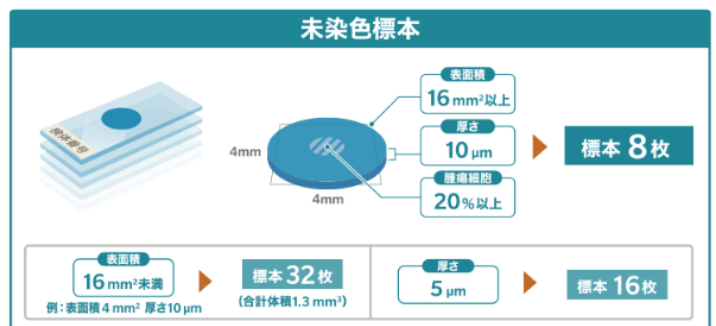
② 未染標本ご提出の場合：①の条件でブロックを選定いただき、薄切をお願いします。

- 未染標本10 μm 8枚+ HE 標本2枚

※切片の表面積が16 mm²以下のブロックの場合、標本提出枚数を追加してください。

例) 表面積：2 mm×2 mmの場合：10 μm 32枚

※コンタミネーションの防止のため、検体ごとの清掃、マイクロームブレード、手袋の交換が推奨されています。



- 未染標本：ガラスに何も記入しない
- H.E 標本：患者名を記入 (手書き可)

※スライドの返却はできません。

大阪医科薬科大学病院

診療科 _____ 科 _____ 担当医 _____