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**

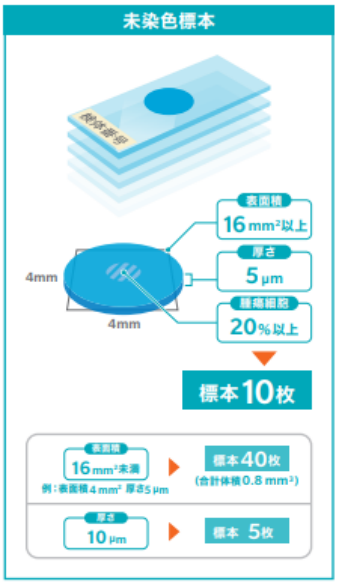
① ブロック貸出の場合；以下の条件でブロックをお選びください。
- **保管期間 3 年以内**
- **10%中性緩衝ホルマリン液を使用し、固定時間 6～48 時間**
- **組織表面積が 16 ㎟、腫瘍細胞率が 20%以上**
- **脱灰していない検体（必要な場合は EDTA 脱灰液を用いて下さい。）**

※10 ㎛で、5 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 ㎛ 5 枚(または 5 ㎛ 10 枚)+ HE 標本 2 枚**

※切片の表面積が 16 ㎟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 ㎜×2 ㎜の場合：10 ㎛ 20 枚
※コンタミネーションの防止のため、検体ごとの清掃、ミクロトームブレード、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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿