

# 腫瘍関連遺伝子解析依頼書

依頼日 年 月 日

|  |     |               |     |         |
|--|-----|---------------|-----|---------|
| コード  | 施設名 | TEL           | 提出医 | カルテ No. |
| オーナー名  |     | FAX           |     |         |
| ペット名   |     | ( 犬 ) ・ ( 猫 ) |     | ♂ ・ ♀   |
|  |     | 種類 ( )        |     | オ       |
| 仮報告: <input type="checkbox"/> Eメール <input type="checkbox"/> FAX (どちらか一方をチェックしてください。未記入やメールアドレス未登録の場合は、FAXでの仮報告となります) |     |               |     |         |

## ◎検査項目を選択してください

| チェック                     | 検査項目                  |
|--------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> | リンパ球クローン性解析 (電気泳動画像付) |
| <input type="checkbox"/> | リンパ球クローン性解析           |
| <input type="checkbox"/> | c-KIT遺伝子変異検査          |
| <input type="checkbox"/> | 犬 BRAF 遺伝子変異検査        |

「電気泳動画像付」は要追加料金です

| チェック                     | 検査項目                                   |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 犬リンパ系腫瘍 マイクロサテライト解析 (犬リン球クローン性解析の追加検査) |
| <input type="checkbox"/> | 犬乳腺腫瘍 マイクロサテライト解析                      |
| <input type="checkbox"/> | 犬中皮腫 マイクロサテライト解析                       |

マイクロサテライト解析は、腫瘍組織と正常組織の両検体をご提出ください

### 提出検体についてご記入ください

| 腫瘍組織 |         |     |          |
|------|---------|-----|----------|
|      | 検体の部位   | 採材法 | 採取日      |
| 記入例  | 腸間膜リンパ節 | FNA | ○年 ○月 ○日 |
| ①    |         |     | 年 月 日    |
| ②    |         |     | 年 月 日    |
| ③    |         |     | 年 月 日    |

同一症例で複数検体ご依頼の場合は、検体毎に検査費用がかかります

組織などは生食に浸漬してお送りください (ホルマリン液に浸漬されている場合は生食に置換して保存、送付してください)

| マイクロサテライト解析<br>正常 (非腫瘍) 組織 |           |
|----------------------------|-----------|
| ✓                          | 部位        |
| <input type="checkbox"/>   | 口腔粘膜スワブ   |
| <input type="checkbox"/>   | 腫瘍を含まない全血 |
| <input type="checkbox"/>   | その他 ( )   |

### 腫瘍、体表リンパ節の腫脹等が認められる場合、ご記入ください

| 体表リンパ節                   | L (cm) | R (cm) |
|--------------------------|--------|--------|
| 下顎                       |        |        |
| 浅頸                       |        |        |
| 腋窩                       |        |        |
| 鼠径                       |        |        |
| 膝窩                       |        |        |
| (体表リンパ節以外の)<br>腫瘍の部位・サイズ |        |        |

### 既往症・現症 (現症として皮膚病がある場合、その部位と疾患名)

|             |                  |                 |
|-------------|------------------|-----------------|
|             |                  |                 |
| 感染の有無 (猫のみ) | FeLV: (陰性・陽性・不明) | FIV: (陰性・陽性・不明) |

有限会社力ホテクノ

〒820-0067 福岡県飯塚市川津 680-41

福岡県立飯塚研究開発センター453号室

TEL:0948-26-1660 FAX:0948-26-1656