

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		性別
		種類 ()		年齢
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
セット	単独
<input type="checkbox"/>	犬 BRAF 遺伝子変異検査
<input type="checkbox"/>	犬 HER2 遺伝子コピー数異常検査

「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 (犬リンパ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

マイクロサテライト解析 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 ()

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)

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		
その他腫瘍の部位・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

有限会社カホテクノ

〒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