**患者氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　④【C-1　他院用】**

**がん遺伝子パネル検査　登録チェックシート（他院・主治医用）**

**保険収載がん遺伝子パネル検査の基準に合致しているか下記を確認し、**☑**をお願いいたします。**

|  |  |
| --- | --- |
| **□**  **or**  **□血液** | **遺伝子解析の対象となる腫瘍組織検体を提出可能。**  **＊3年以上前の検体では、検査成功率が低下するため、再生検もご検討ください。**  **腫瘍検体がない場合は、採血のみ（FoundationOne Liquid）で提出可能。** |
| **□** | **原発不明がん・希少がん・標準治療終了後あるいは終了見込みの悪性固形腫瘍の患者様** |
| **□** | **外来患者様　　　（＊入院患者様は検査できません）** |
| **□** | **ECOG　Performance Status 0〜1、かつ、2～3カ月後にも外来で診察可能な状態と推定される。**  **＊結果説明時に患者様が死亡されていると保険請求できません。** |
| **□** | **患者様・ご家族は費用に関して以下を理解され、支払いが可能。**  **・検査費用は56,000点（3割負担の方の自己負担は、168,000円が必要）です。**  **・検査結果が得られない場合や、検査が治療につながらない場合（患者の病状悪化も含む）でも、**  **検査費用の負担が必要。**  **・その他、診療料・診断料等が別途必要です。** |
| **□** | **パネル検査についての説明と結果説明の時には、患者様が同意したご家族等の同伴を推奨しています。** |
| **□** | **市立岸和田市民病院　腫瘍内科　がんゲノム外来への検査依頼は、転医ではないことを了承している。**  **＊パネル検査後の治療については、結果に基づき、貴院（紹介元の主治医）でご対応ください。**  **（当院腫瘍内科への転医が必要な場合は、再度ご紹介、あるいはご相談ください）** |
| **□** | **がんゲノム医療（保険診療）の実施にあたり、がんゲノム情報管理センター（C-CAT）への情報登録に**  **協力できる。（6か月に1回程度の追跡調査もあります）** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **□貴院標本** | **採取日：　　　　　年　　　　　月　　　　　日** | **標本番号：** |
| **□院外取り寄せ標本** | **＊『ホルマリン固定パラフィン包埋（ＦＦＰＥ）標本ブロック』、『同部位のＨＥ標本』、『診断に**  **使用した免疫染色標本すべて』、『病理診断書（コピー）』の全ての準備が必要となります。** | |

**★組織検体が不適切であった場合、□依頼元にて再生検して組織検体再提出　または　□血液検体に切り替える。**

|  |  |
| --- | --- |
| **希望する検査の種類** | |
| **□** | **FoundationOne®CDx** |
| **□** | **FoundationOne Liquid ®CDx（腫瘍検体が無い場合）** |
| **□** | **OncoGuideTMNCCオンコパネル** |
| **□** | **岸和田市民病院　腫瘍内科にて判断** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **エキスパートパネル参加希望有無**  （WEB参加、任意です。プレゼンは当院医師が行います。） | | **有　　　　・　　　　無** |
| **有の場合**  **E-mailアドレス** | **＠** | |

**記入日：　　　　年　　　月　　　日**

**主治医所属病院名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　診療科**

**主治医医師署名：**