

## がん遺伝子パネル検査のご依頼について

平素より市立岸和田市民病院の診療にご協力いただき有難うございます。

2020年11月より、「がん遺伝子パネル検査」を他院からの依頼を受けて施行できるようになりました。検査が適応となる患者さんがいらっしゃいましたら、【対象患者】に該当するかをご確認いただき、【必要書類・検体】をご準備の上、

《 FAX 》 ①、② 地域医療連携室（ FAX : 072-441-8810 ）

① 診察及び検査予約依頼書

② 診療情報提供書

《 郵送 》 ③ ～ ⑫ 市立岸和田市民病院 がんゲノム医療センター

（〒596-8501 大阪府岸和田市額原町1001番地）

まで、それぞれ送付をお願いします。

使用できる腫瘍検体については条件がございますので、貴院病理担当者と別紙「がん遺伝子パネル検査用検体に関する書類」の内容をご確認ご相談の上、依頼をお願いします。

書類・検体到着後、内容を確認させていただき、当院「腫瘍内科 がんゲノム外来」の予約を取得させていただきます。なお、担当診療科でカンファレンスの上、検査の可否等を検討致します。検査が困難と判断した場合は、お断りすることがありますので、予めご了承願います。

### 【ご依頼頂ける検査の種類】

- FoundationOne® (Liquid) CDx
- OncoGuide™ NCCオンコパネルシステム

## 【対象患者】

がん遺伝子パネル検査の対象となる腫瘍組織検体を提出可能（組織がない場合は血液検査）

\* 上記検体がない場合、当院では、がん遺伝子パネル検査のための新たな検体採取は行いませんのでご了承ください。

\* 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

（造血器悪性腫瘍は対象外。肉腫は対象内。）

\* 組織検体がない場合は、血液検査でも可能です。

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

外来患者                   \* 入院患者は検査できません

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（結果説明時に患者が死亡されていると保険請求できません）

（パネル検査により推奨される）臨床試験あるいは適応外使用へ進める見込みがある

患者・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）

・ 遺伝子に異常が見つからない場合や、治療薬が無い場合も、解析費用の負担が必要

・ その他、診療料・診断料等の費用が別途必要

パネル検査についての説明時と結果説明時には、（本人が同意した）家族の同伴ができる

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）でのご対応となります（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回程度の追跡調査があります。）

## 【必要書類・検体】

① 「診察及び検査予約依頼書」

（【依頼目的】の欄に、「がん遺伝子パネル検査」と記入してください）

② 「診療情報提供書」

③画像データ、採血データ

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

⑤【C-2 他院用】がん遺伝子パネル検査情報-登録用紙

（C-CATへの情報登録に必要な情報です）

⑥【C-3 他院用】がん遺伝子パネル検査のための確認用紙（患者様用）

[以下⑦～⑫は組織検体がある場合。血液検体で行う場合は不要。]

⑦【P-1 1/2】がん遺伝子パネル検査用検体に関する書類

⑧【P-1 2/2】病理検体送付書

⑨病理診断報告書（コピー）

⑩ホルマリン固定パラフィン包埋（FFPE）ブロック

⑪同部位のHE標本

⑫診断に使用した免疫染色標本すべて

※ 必要書類は当院ホームページからダウンロードできます。

※ 書類や検体に不備がある場合は予約できません。

書類の必要項目全てに記載ください。

当院で書類を確認後、修正依頼させていただくことができます。

問い合わせ先： がんゲノム医療センター TEL：072-445-1000（代表） 内線：2727

予約依頼書等のFAX送付先： 地域医療連携室 FAX：072-441-8825