**大阪市立総合医療センター**

1. **チェックリスト(医師用)**

**がんゲノム医療外来予約に関するチェックリスト**

 **(医師用)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 男　・　女 |
| 患者氏名 |  |
| 生年月日・年齢 | 大正・昭和・平成・令和　　　　　　　年　　　月　　　日　生（満　　　　　歳） |

**がんゲノム医療外来(遺伝子パネル検査)紹介にあたり、次の項目をご確認いただき、**

**□にチェックを入れてください。**

**□ がんゲノム医療外来への紹介は、転院ではありません。検査後の治療については、　　　　結果に基づき貴院でご対応ください。**

**□ (保険診療のみ)がんゲノム医療(保険診療）実施には、がんゲノム情報管理センター　　（C-CAT）への継続的な症例情報、臨床情報の登録が義務付けられています。検査後も 定期的なC-CATへの登録にご協力ください。**

**【患者さんについて】**

**□ 病理学的診断によって悪性固形腫瘍と診断されている。**

**□ (保険診療のみ)ECOG Performance Status 0～1で、3ヶ月以上の生存が見込まれる。**

**□ (保険診療のみ)治癒切除不能または再発の病変を有する①または②の腫瘍である。**

1. **原発不明がん**
2. **標準治療がない、標準治療が終了している、もしくは終了が見込まれる固形がん**

**（原発不明がんを除く）**

* **費用の支払いが可能である。**

**保険56,000点×負担割合（自由診療560,000円）　※診察料、事前検査料等別途要**

**【検体について】**

**<腫瘍組織提出できる場合>**

**□ 遺伝子解析が可能な検体(腫瘍組織)、計14枚以上が提出できる。**

**※ホルマリン固定パラフィン包埋（FFPE）未染色標本**

**10μの厚さ10枚以上と5μの厚さ4枚以上**

**（注）薄切後、標本を45℃以上には加温しないでください**

**<腫瘍組織提出ができない場合>**

* **固形腫瘍の腫瘍細胞を検体とした検査が実施困難である**

**理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**記入日　　　　　　　　年　　　 　月　　　　日**

**医療機関名**

**医師サイン**

2022.1月～