**自費專用**

****

PD-L1 **Dako** 22C3免疫組織化學染色送檢單

病人姓名： 身分證字號：

性別： □女 □男 出生年月日：

病歷號碼： 送檢醫院：

病理號碼： 送檢醫師：

檢體種類： □Slides □Block 固定液： □中性福馬林

□其他：

癌別：(請務必勾選)

□ Lung cancer/NSCLC (判讀TPS)

□ Urothelial carcinoma(判讀CPS)

□ Head and Neck SCC(判讀TPS+CPS)

Others

□ TNBC (判讀CPS)

□ Esophageal(判讀CPS)

□Cervical Cancer(判讀CPS)

聯 絡 人： **收費方式: □和院方收費 □個案自行轉帳**

聯絡電話：

送檢注意事項：

1. 組織固定時間必須達 6 小時以上，不宜超過 48 小時；烤片溫度請勿超過 60℃

2. 三片空白片(4μm)請務必使用**親水性玻片 Hydrophilic coating slide**

3. 脫鈣檢體不宜進行檢測

4. 若僅染色無須報告，只需填寫標題反白處內容即可

5. 染色含報告： A. 收件日起 10 個工作日內發出正式報告

B. 請用正楷清楚填寫，送檢單上病理號碼需與玻片或蠟塊檢體之編號一致  
 以利辨識

C. 應健保署要求，檢測報告內容應含Tumor type、Tumor Location等項目，  
 請檢附對應病理號碼之病理檢測報告

台北市重慶北路3段146號5F 解剖病理實驗室免疫組 TEL：02-85962050 ext.512 FAX：02-25967792

**\*以下為必填欄位- 更新日期2025/06/11**

--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**報告回覆 單位: 收件人:**

**單位地址 地址: 聯絡電話:**