肺癌ROS1 IHC免疫組織化學染色送檢單

病人姓名： 身分證字號：

性別： □女 □男 年齡： 歲

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：

聯 絡 人：

聯絡電話：

退件原因：

送檢注意事項：

1. **每次檢測請送五片空白片(皆4m)，一張ROS1 IHC送檢單，以及一張ROS1 FISH送檢單(當ROS1 IHC檢測結果為2價或3價時需要)。**
2. **五片空白片包括2片HE(for ROS1 IHC & ROS1 FISH) 及3片親水性(hydrophilic coating)免疫空白片(一片for ROS1 IHC and 二片for ROS1 FISH)。**

3. 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℃ 。

4. 染色檢體、脫鈣檢體不宜進行檢測。

5. 最晚於收件日起算 10 個工作日內發出正式報告。

6. 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。

7. 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 ext512 FAX：02-25967792

**以下為必填欄位-**

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

**報告回覆 單位: 收件人:**

**單位地址 地址: 聯絡電話:**

****

台北市重慶北路三段146號2F /TEL：02-85962050\*204/FAX：02-85962076

**肺癌ROS1螢光原位雜交FISH送檢單**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病人姓名： |  | 身分證字號： |  |
| 病歷號碼： |  | 送檢醫院： |  |
| 病理號碼： |  | 送檢醫師： |  |
| IHC價數： |  | 性別/年齡： | □女 □男 / 歲 |
| 檢體種類： | □玻片  □蠟塊 | 固定液： | □中性福馬林  □其他： |

**送檢注意事項：**

* **請用正楷清楚填寫。**
* **可判讀之腫瘤細胞<50顆，以退件處理。若檢體結果無法判讀，以退件處理；補件僅限一次。**
* **組織固定時間必須>6小時，不超過72小時；烤片溫度請勿超過60℃。**
* **染色檢體、脫鈣檢體不宜進行檢測。**
* **切3片組織空白片（3μm），標示H&E（需 1 片可使用一般玻片）與FISH（需 2 片請使用親水性玻片）；若檢體為Biopsy，每張FISH 玻片上需放置 3 片以上蠟塊切片)。**
* **每週四執行，檢體請於週三中午前送至本中心2F。**

**修訂日期：2021年08月12日**

✁----------------------------------------------------------------------------------------------------------✁

****

台北市重慶北路三段146號2F /TEL：02-85962050\*204/FAX：02-85962076

**肺癌ROS1螢光原位雜交FISH送檢單**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病人姓名： |  | 身分證字號： |  |
| 病歷號碼： |  | 送檢醫院： |  |
| 病理號碼： |  | 送檢醫師： |  |
| IHC價數： |  | 性別/年齡： | □女 □男 / 歲 |
| 檢體種類： | □玻片  □蠟塊 | 固定液： | □中性福馬林  □其他： |

**送檢注意事項：**

* **請用正楷清楚填寫。**
* **可判讀之腫瘤細胞<50顆，以退件處理。若檢體結果無法判讀，以退件處理；補件僅限一次。**
* **組織固定時間必須>6小時，不超過72小時；烤片溫度請勿超過60℃。**
* **染色檢體、脫鈣檢體不宜進行檢測。**
* **切3片組織空白片（3μm），標示H&E（需 1 片可使用一般玻片）與FISH（需 2 片請使用親水性玻片）；若檢體為Biopsy，每張FISH 玻片上需放置 3 片以上蠟塊切片)。**
* **每週四執行，檢體請於週三中午前送至本中心2F。**

**修訂日期：****2021年08月12日**