

自費專用



## HER2 Dual ISH 送檢單

TIP 編碼:

收件日期: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

網底加粗體為必填項目，請協助配合，謝謝！

送檢單位	送檢單位病理編號	
聯絡人	連絡電話	
送檢醫師	科別	
病患姓名	病歷號碼	
病患性別	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	病患年齡 _____ 歲
病理診斷	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>HER2 IHC result:</b> <input type="checkbox"/>1+ <input type="checkbox"/>2+</li> <li>- HER2 Ab brand and clone _____</li> <li>- <b>Histologic subtype</b> <input type="checkbox"/>Ductal <input type="checkbox"/>Lobular <input type="checkbox"/>Other <input type="checkbox"/>Unknown</li> <li>- <b>Histologic grade</b> <input type="checkbox"/>G1 <input type="checkbox"/>G2 <input type="checkbox"/>G3 <input type="checkbox"/>Unknown</li> <li>- <b>Hormone receptor status</b> <input type="checkbox"/>ER-/PR- <input type="checkbox"/>ER-/PR+ <input type="checkbox"/>ER+/PR- <input type="checkbox"/>ER+/PR+ <input type="checkbox"/>Unknown</li> <li>- Method of sample retrieval (<input type="checkbox"/>core needle biopsy <input type="checkbox"/>surgical sample)</li> <li>- Tumor stage <input type="checkbox"/>T0 <input type="checkbox"/>T1 <input type="checkbox"/>T2 <input type="checkbox"/>T3 <input type="checkbox"/>T4 <input type="checkbox"/>TX <input type="checkbox"/>Indeterminate</li> <li>- <b>Nodal status</b> <input type="checkbox"/>N0 <input type="checkbox"/>N1 <input type="checkbox"/>N2 <input type="checkbox"/>N3 <input type="checkbox"/>NX <input type="checkbox"/>Indeterminate</li> <li>- Metastasis status <input type="checkbox"/>M0 <input type="checkbox"/>M1</li> </ul>	
固定液種類	<input type="checkbox"/> 10% NBF(中性福馬林) <input type="checkbox"/> 其他: _____ <input type="checkbox"/> Unknown	檢體固定時間 <input type="checkbox"/> _____ 小時 <input type="checkbox"/> Unknown
檢體取下至固定液時間	<input type="checkbox"/> _____ 分鐘 <input type="checkbox"/> Unknown	
組織來源	<input type="checkbox"/> Breast cancer <input type="checkbox"/> Gastric cancer	
送檢檢體 類別	<input type="checkbox"/> 3 片空白片『1 片 4μm 組織空白片 for H&E stain 2 片 4μm 組織空白片（親水性玻片*）for Dual ISH』 <input type="checkbox"/> Other _____	
Coating Slide*	<input type="checkbox"/> New Saline II <input type="checkbox"/> New Saline III <input type="checkbox"/> MAS <input type="checkbox"/> MAS-GP <input type="checkbox"/> PLATINUM coat <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Other	
備註	<input type="checkbox"/> 已烤片； _____ °C _____ 分鐘 <input type="checkbox"/> 脫鈣檢體(脫鈣液為 _____ ) <input type="checkbox"/> 未烤片 <input type="checkbox"/> Other: _____	

\*請務必使用親水性 Hydrophilic coating slide，防止染色不均產生。

1. Coating material 為 APS coating , Saline coating 皆為疏水性 Hydrophobic coating，不可使用。
2. New Saline II, New Saline III 以及 MAS, MAS-GP, PLATINUM coat 為親水性 Hydrophilic slide，建議使用。

**注意事項：**

- 送檢單的欄位資訊為正式報告所需，請用正楷清楚填寫。
- 檢體必須盡快置入 10% 中性福馬林液固定，固定時間必須 >6 小時，且不超過 72 小時。
- 若送檢單位要進行烤片，烤片溫度建議 60~65°C 烤 1 小時，勿超過 2 小時；溫度請勿超過 70°C。
- **收件截止時間:星期一、三下午 4:00 截止收件,逾時則下次實驗時間上機。**
- 實驗時間:**每星期二、四**上機，遇國定假日順延。
- 寄件地址: 台北市重慶北路三段 146 號 5F。連絡電話: (02) 8596-2050 ext. 512 or 511。
- 報告所需時間為: **收件**後 10 個工作日內發出正式報告。

更新日期 2026/01/07