****

PD-L1 22C3免疫組織化學染色送檢單

(默沙東免疫治療專用2025.6.1)

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：

癌別：(請務必勾選) 送檢需求：

□ Head and Neck SCC(判讀TPS+CPS) □ 染色含報告

□ TNBC (判讀CPS) □ 染色不含報告(僅染色)

□ Esophageal Cancer (判讀CPS)

□ Cervical Cancer(判讀CPS)

聯 絡 人：

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-**

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

**報告回覆 單位: 收件人:**

**單位地址 地址: 聯絡電話:**