

2019年10月11日

診療科長 医局長
病棟医長 外来医長
中央診療施設副部長 殿
看護部長 看護師長
事務部長

検査部 外注検査作業室

検査部回報No. 44

外注新規項目のお知らせ

外注検査委員会で承認されました検査項目を下記期日より開始いたしますので、ご案内いたします。

記

開始項目：TTR 遺伝子変異解析

検査方法	PCR/ダイレクトシーケンス
材料（容器）	血液（EDTA-2Na）

※「TTR 遺伝子変異解析専用依頼書」を記入し、検体と併せてご提出ください。

※依頼書の匿名符号欄には、患者氏名ではなく**患者ID**を記入してください。

※検体には通常通り発行されるラベルを貼ってください。

※採血は各科外来でお願いします。

開始日：2019年10月15日（火）より

上記についてのお問い合わせは、外注検査作業室（内線 7254）までお願い致します。

【TTR 遺伝子変異解析専用依頼書の記入に関して】

株式会社LSIメディエンス

遺伝学的検査依頼書

遺伝子検査

ID 37980757

遺伝子検査部 遺伝子分析グループ
TEL 03-5994-2436 FAX 03-5994-2973

貴院 控

受領印

提出材料
EDTA 血液 4L
加血液
その他

ご依頼の際のご注意
1. 有核細胞数で2×10⁶個必要
2. 採取と保存
天州山：抗凝剤対入し容器(EDTA2Na)で採取後、冷蔵(4℃)保存
3. 採取後24時間以内に対中中央ポトリーまで投入されるようお願いします。
4. 三連封、体積日の検体受付は致し兼ねますのでご了承ください。

(459901) 長崎大学病院 殿

検査に当たり、被検査者への十分なご説明をいただき、被検査者ご自身の承諾が立書で得られた場合にのみ検査の受取をさせていただきます。依頼書の被検査者名は必ず記載してください。また、検査前後の被検査者への十分なカウンセリングを日本医学会等・遺伝学的検査に関わる各種ガイドラインに基づき行ってください。

(459901) 長崎大学病院 殿

※本欄内には必ずご記入下さい。(欄外部分以外の情報は3枚目以降には被写されません。)
※被検査者は匿名化をお願いします。匿名符号は、カナおよび英数字17桁以内でご記入下さい。
※報告書の氏名は「匿名符号」でご報告いたします。

匿名符号 **患者ID** ※ここに患者氏名を記入しないでください!

氏名 **患者氏名(カタカナ)**

ID **患者ID**

カルテNo

担当医名

患者IDを2箇所に記載してください。

TTR

項目コード	検査項目名
<input checked="" type="checkbox"/> 45300	TTR遺伝子変異解析

遺伝学的検査の種類(下記のいずれか)

発症者の診断
 発症前診断*

*発症前診断の場合には、検査前お

所見記入欄

生検でのアミロイド沈着の確認
末梢神経障害
自律神経障害
消化管症状
心症状
眼症状 あり なし

その他 特記事項 ()

本検査では遺伝子塩基配列の決定をLSIメディエンスで行い、解析ならびに結果判定を信州大学内科学(脳神経内科、リウマチ・膠原病内科)にて行います。
本検査は、被検査者を匿名化した後、検体がLSIメディエンスに送られます。個人情報保護を条件として、家族性アミロイドポリニューロパチー(FAP)の病態解明の為に、信州大学において、本検査結果を疫学解析等の研究に利用することがあります。
 同意する 同意しない (いずれかにチェックしてください)
本検査だけでは、家族性アミロイドポリニューロパチー(FAP)の診断はできません。

[検体回収の連絡先]

12345678
匿名符号
MT-1234
白紙

37980 757
匿名符号
材料
(1時間・26分・20分)
日 日 日

※お願い! 4枚複写ですので強くご記入下さい。

3K02371 D55
2016.0 版