

*必填

由實驗室填寫

送件日期(MMM dd, yyyy): (e.g. JAN 31, 2019)	專案編號:	送件單編號: TWC	委託編號:
--	-------	---------------	-------

病人基本資料		委託單位基本資料	
*姓名	*生日(MMM dd, yyyy) (e.g. JAN 31, 2019)	*性別	*委託醫院/機構
種族	*病歷編號	*委託醫師	
*癌症種類	*癌症分期	*地址	
*是否有接受過器官移植? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		電話	傳真
		Email	

檢體資訊	*來源醫院	*病理檢體編號 (FFPE 必填)	病理檢體部位
	病理醫師姓名		

*檢測項目	*檢體類型
<input type="checkbox"/> MSI Phenotype Assay™	<input type="checkbox"/> FFPE 檢體, 檢體採集日期 (MMM dd, yyyy): _____ <input type="checkbox"/> Tissue <input type="checkbox"/> Cell Block <input type="checkbox"/> _____ slides† <input type="checkbox"/> _____ rolls† <input type="checkbox"/> _____ blocks <input type="checkbox"/> H&E stain, _____ slides
<input type="checkbox"/> PIK3CA assay	<input checked="" type="checkbox"/> FFPE 檢體, 檢體採集日期(MMM dd, yyyy): _____ <input checked="" type="checkbox"/> H&E stain + 4 slides
<input type="checkbox"/> MLPA BRCA1 Assay <input type="checkbox"/> MLPA BRCA2 Assay <input type="checkbox"/> ACT Associate Assay™	<input type="checkbox"/> Whole blood (≥ 8 ml) [請使用 EDTA 採血管] 檢體採集日期 (MMM dd, yyyy): _____

1.†請提供 5-20 片未染色 FFPE 連續切片 (5 μm/片) · 且組織總表面積 ≥ 125 mm²。

2.各檢測之檢體腫瘤含量需求如下 · 如未達標準將以退件處理: PIK3CA assay 腫瘤含量需≥ 10% · MSI Phenotype Assay 需≥ 20%。

用藥紀錄	備註或特殊需求
	<input type="checkbox"/> 歸還 H&E stained slide, 歸還日期: _____ <input type="checkbox"/> 歸還 FFPE block, 歸還日期: _____ <input type="checkbox"/> 其他: _____

收件確認		
全數收件? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 · 請說明:	送件人員簽名/日期(MMM dd, yyyy)	收件人員簽名/日期(MMM dd, yyyy)