

依頼書(共同研究契約先)

※の項は必ずご記入下さい

※依頼項目	<input type="checkbox"/> CTC測定 <input type="checkbox"/> Cell Free DNA 濃度測定 <input type="checkbox"/> Methylation Assay (対象: Cell Free DNA) <input type="checkbox"/> Methylation Assay (対象: Exosome) * Exosome のみ EDTA-3K 採血管 2mL を使用				
※CTC 測定 使用抗体	<input type="checkbox"/> Vimentin	<input type="checkbox"/> PD-L1	<input type="checkbox"/> AR-v7	<input type="checkbox"/> HER2	
※医療機関名	カルテ No		※採血日時	年 月 日	時 分
診療科	担当医	先生	受付・処理日	/ (弊社記入欄)	
			報告日	/ (弊社記入欄)	
フリガナ ※患者氏名	※年齢	歳	※性別	男・女	
※測定結果の研究目的使用に関する同意の有無 (署名済み同意書をご確認いただき、必ずご記入ください)			あり・なし		
※病歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 病名: <がん患者様の場合> ※解析上非常に重要なポイントとなりますので、できるだけご記入ください。 静脈深部血栓の有無 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 治療について : <input type="checkbox"/> 治療前 <input type="checkbox"/> 治療中 服用中の薬:				
※検体材料	<input type="checkbox"/> 末梢血 <input type="checkbox"/> その他()				

下記注意事項に同意の上、本サービスをご依頼ください。※詳細は別紙「重要事項説明書」をご確認ください

① 測定の限界と測定結果の解釈について

- ・CTC測定は、がんを100パーセント検出するわけではありません。
- ・CTCが検出されないからといって、がんや転移が無いという保証はありません。

本測定の結果のみをもって、がんであると断定したり、将来がん罹患しない事をお約束するものではございません。また、測定結果が陰性である場合においても、がん罹患していないことを証明するものではございません。CTC測定の結果は、CTスキャンなどの画像検査や腫瘍マーカーなど他の検査結果と併せて総合的に医師が行いますので、担当医師へご相談ください。

- ② 本測定は保険適応外となります。患者様が自己責任において承諾した場合のみ、お申し込みください。
- ③ ご依頼は、重要事項をご説明の上、患者様の同意が得られていることが前提となります。
- ④ 本測定はコンタミネーションの影響が大きくなりますので取り扱いには十分注意してください。
- ⑤ 輸送機関、保管上の事故等、不可抗力により生じた損害については責任を負いかねます。

【予約】 完全予約制ですのでメールまたはFAXにてご連絡ください。なお、万が一予約が一杯の際には、日程変更のお願いをさせていただきますので、何卒ご了承ください。

【容器・保存方法】 ※詳細は別紙「保管方法・採血時注意事項」をご確認ください

弊社指定の採血保存容器「Cell-Free DNA BCT[®] (Streck 社) 10mL」へ採取後すぐに10回転倒混和し常温で保存してください。

- ・採血前の容器→冷蔵保存
- ・採血直前の容器→常温に戻す
- ・採血後の容器→常温保存

採血後は常温(15~30℃)で48時間安定ですので、**採血後の冷蔵および冷凍保存は禁止**となります。

【梱包・発送】 ※詳細は別紙「梱包発送方法」をご確認ください

検体は引き続き15~30℃の常温を保つよう梱包の上、採血時から24時間以内に弊社に必着するようお送りください。

【受付日・時間帯】 平日の(火)~(金)、午前中必着

【お問合せ・送付先】

株式会社日本遺伝子研究所 CTC ラボ

〒983-0013 宮城県仙台市宮城野区中野 1-5-28 TEL:022-388-9741 FAX:022-388-9740 E-mail: ctc-lab@ngri.co.jp