

## <<浜松医科大学への「がん遺伝子パネル検査」を目的とした紹介手順>>

1. **対象患者**：以下を全ての項目満たしていることをご確認ください。

- 以下のいずれかを満たす
  - (1) 標準治療がない固形がん患者（希少がん、原発不明がんなど）
  - (2) 標準治療\*が終了または見込まれる固形がん患者
    - \*該当がん種のガイドラインに記載されているもの
- 検査に提出できる既存の腫瘍組織検体があり、かつ当院に貸与できる
- Eastern Cooperative Oncology Group performance status (ECOG-PS)が0-1である
- 生命予後が3か月以上と推定される

注：上記を満たす場合でも担当医師により不適と判断される場合には、検査が行われない可能性があることをご了承ください。

2. **紹介先**：当該がん種の担当診療科宛にお願いします。

注：原発不明癌など担当診療科を決めかねる場合や、担当診療科が受け入れ困難な場合においては、頂いた紹介状を元に腫瘍センターで協議して受け入れの可否をお伝えします。

3. **ご用意いただくもの**（FoundationOne Liquid CDx の場合 4, 5 は必要ありません）

1. 診療情報提供書（紹介元医療機関の書式で問題ありません）
2. がん遺伝子パネル検査用 家族歴問診票（患者さんへ事前にお渡しください）
3. がん遺伝子パネル検査前 臨床情報調査票のコピー
4. 病理組織検体情報書のコピー
5. 病理組織検体に関連するもの（病理組織検体情報書に沿ってご準備ください）

注：「がん遺伝子パネル検査前 臨床情報調査票」、「病理組織検体情報書」の原本は問い合わせ等に使用する可能性がありますので、必ず貴院にて保管をお願いします。

4. **紹介手順**

1. 当院の地域連携室より当該診療科のがん遺伝子パネル検査外来をご予約ください。

その際には診療情報提供書を FAX にてご送付ください。

※予約の際には当該検査に関する予約であることを必ずお伝えください。

2. がん遺伝子パネル検査用 家族歴問診票を患者さんへ受診日当日に提出していただく旨をお伝えしたうえで事前にお渡しください。

3. がん遺伝子パネル検査前 臨床情報調査票のコピー、病理組織検体情報書のコピー、病理組織検体に関連するものを受診日の7日以上前までに地域連携室宛にご送付ください。

注：病理検体の適正性の判定を行うため、あらかじめ余裕を持ってご送付ください。

【送付先】

浜松医科大学医学部附属病院

地域連携室

TEL：053-435-2637

FAX：053-435-2849