

当案内及び過去に発行した案内は弊社ウェブサイト(<http://www.medience.co.jp/>)よりPDF形式にてダウンロードできます。

検査内容変更のお知らせ

拝啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は格別のお引き立てをいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、この度、血液疾患を対象とした染色体検査(Gバンド分染法)のご依頼方法を、共通のGバンド分染法と疾患名をご記入いただく方法から、目的とする疾患による項目選択方法に変更させていただきますので、取り急ぎご案内する次第です。

比較的頻度の高い疾患を予め設定致しましたので、これまでのように疾患名を併記していただく必要が少なくなります。また、疾患別項目を設定したことから「染色体検査依頼書(血液疾患)」も別掲の通り改訂致します。

宜しくご了承を賜りますようお願い申し上げます。

敬具

記

変更内容

骨髄系疾患

- [9773] 骨髄異形成症候群
- [9774] 骨髄増殖性疾患
- [9775] 非リンパ性白血病
- [9776] 移植後検査 ドナー性別(男)
- [9777] 移植後検査 ドナー性別(女)

リンパ系疾患

- [9778] 急性リンパ性白血病
- [9779] 慢性リンパ性白血病
- [9780] 悪性リンパ腫
- [9781] 多発性骨髄腫

※上記項目に該当しない疾患の場合、[1979]Gバンド分染法をご依頼下さい。
その際は、臨床診断名を必ずご記入下さい。

変更期日

- 平成20年9月1日(月)受付日分より

※染色体検査依頼書は、在庫状況に応じて順次切替させていただきます。

染色体検査依頼書〈血液疾患〉

三菱化学メディエンス

染色体検査依頼書

血液疾患 染色体検査 **真 院 控**

お問い合わせ先
遺伝子検査部 染色体グループ TEL 03-5994-2325 FAX 03-5994-2929

■ご依頼の種のご注意
 1. 検体は常温(4~20℃)にて保存して下さい。
 2. 染色体検査は予約検査ですので、採血前に必ず採血票までご連絡下さい。
 3. 先天性染色体のご依頼には専用の検査票を使用して下さい。
 4. 血液系染色体の検査事項については必ず検査票の裏面に記載の注意事項を必ずお読み下さい。また、採血票の裏面に記載の検査項目は染色体検査の結果が得られない場合があります。

提出日 年 月 日
 採取日 年 月 日
 採取時間 時 分

提出材料
 ヘパリン加血液 冷蔵 4℃
 骨髓液(骨髄液) 冷蔵 4℃
 その他

電話連絡 必要
 TEL・FAX

検体返却 要・不要

性別 入院 外来

染色体検査 分染法 検体量 ヘパリン加血液 3.0ml
 骨髓液(骨髄液) 0.5ml

Gバンド分染法
 いずれか1項目にチェックしてください。
 不明の場合、多項目の場合には、その他の項目のみチェックして右欄に詳細をご記入下さい。

● 骨髄系疾患
 骨髄異形成症候群 RA, RARS, RAEB, RAEB-T, CMML, 不明他()
 骨髄増殖性疾患 CML, PV, ET, MF 他()
 非リンパ性白血病 AML FAB分類: (), 不明他()
 移植後検査 骨髄移植、末梢血幹細胞移植、臍帯血移植
 ドナーの性別 男
 ドナーの性別 女
 その他 ()

● リンパ系疾患
 急性リンパ性白血病 ALL FAB分類: ()
 CommonBcell, Pre-Bcell, Tcell, 不明他()
 慢性リンパ性白血病 Bcell, Tcell 他()
 悪性リンパ腫 DLBCL, FL, MCL, MALT, Burkitt's, ALCL, CLL, Hodgkin's, 不明他()
 多発性骨髄腫 ()
 その他 ()

● Qバンド分染法
 Qバンド分染法

臨床診断名 []
 確定 疑い

● 造血幹細胞移植の有無
 有 無
 骨髄移植、末梢血幹細胞移植、臍帯血移植
 [ドナー性別 男 女]

● 検査目的
 初診時検査
 寛解時検査
 再発時検査
 治療
 その他 []

● 検査履歴 (当社・他施設を問わずご記入下さい)
 有 無

検査結果(仮型) []

● 材料採取時血液所見
 1. 骨髄有核細胞数: /mm³ 腫瘍細胞・芽球数: %
 2. 末梢白血球数: /mm³ 腫瘍細胞・芽球数: %

● 先天異常の有無
 有 無

染色体検査 FISH法 検体量 ヘパリン加血液 3.0ml
 骨髓液(骨髄液) 0.5ml

骨髄系疾患	リンパ系疾患・腫瘍・関連検査項目
<input type="checkbox"/> Ph染色体 bcr/abl [t (9;22)転座解析]	<input type="checkbox"/> Ph染色体 bcr/abl [t (9;22)転座解析]
<input type="checkbox"/> 末梢血好中球 bcr/abl [t (9;22)転座解析]	<input type="checkbox"/> MLL (11q23転座解析)
<input type="checkbox"/> AML1 (21q22転座解析)	<input type="checkbox"/> TEL (12p13転座/欠失解析)
<input type="checkbox"/> AML1/ETO(10q26) [t (8;21)転座解析]	<input type="checkbox"/> TEL/AML1 [t (12;21)転座解析]
<input type="checkbox"/> PML/RARα [t (15;17)転座解析]	<input type="checkbox"/> p16 (9p21欠失解析)
<input type="checkbox"/> CBFβ [inv(16)(p13q22)逆位解析]	<input type="checkbox"/> 12染色体 (12トリソミー)
<input type="checkbox"/> MLL (11q23転座解析)	<input type="checkbox"/> IgH (14q32転座解析)
<input type="checkbox"/> 7染色体 (7モノソミー/7q31欠失解析)	<input type="checkbox"/> CCND1(BCL1)/IgH [t (11;14)転座解析]
<input type="checkbox"/> 8染色体 (8トリソミー)	<input type="checkbox"/> BCL2(18q21転座解析)
<input type="checkbox"/> IRF-1 (5q31欠失解析)	<input type="checkbox"/> IgH/BCL2 [t (14;18)転座解析]
<input type="checkbox"/> D20S108 (20q12欠失解析)	<input type="checkbox"/> BCL6 (3q27転座解析)
<input type="checkbox"/> 4q12欠失/挿入解析	<input type="checkbox"/> c-myc (8q24転座解析)
<input type="checkbox"/> 異性間骨髄移植 (BMT)	<input type="checkbox"/> c-myc/IgH [t (8;14)転座解析]
<input type="checkbox"/> マルチカラー-FISH (mFISH)	<input type="checkbox"/> MALT1 (18q21転座解析)
その他FISH法検査	<input type="checkbox"/> API2/MALT1 [t (11;18)転座解析]
上記検査項目以外に実施可能な項目があります。 検査票または営業担当者にご相談下さい。	<input type="checkbox"/> D13S319 (13q14欠失解析)
	<input type="checkbox"/> N-myc (2p24.1増幅解析)
	<input type="checkbox"/> FGF3/IgH [t (4;14)転座解析]
	<input type="checkbox"/> マルチカラー-FISH (mFISH)

① ②

①の“その他”をチェックし、
 ②の臨床診断名欄に必要な情報をご記入下さい。

08.7.5.000

【骨髄系疾患】

- 骨髄異形成症候群
 - 骨髄増殖性疾患
 - 非リンパ性白血病
 - 移植後検査
ドナー性別(男)
ドナー性別(女)
- を設定致しました。

【リンパ系疾患】

- 急性リンパ性白血病
 - 慢性リンパ性白血病
 - 悪性リンパ腫
 - 多発性骨髄腫
- を設定致しました。

上記疾患に該当しない症例をご依頼の際は、
 ①の“その他”をチェックし、
 ②の臨床診断名欄に必要な情報をご記入下さい。