

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

「PD-L1 (22C3) 頭頸部《IHC法》」 受託開始のお知らせ

拝啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素より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、標記項目の受託準備が整いましたので、取り急ぎご案内致します。

なお、当該項目は免疫チェックポイント阻害剤の一つである、ペムブロリズマブ(キイトルーダ®)投与による頭頸部癌への治療可否の判断に推奨されており、細胞上のPD-L1の発現状態を免疫組織化学染色(IHC)により検査するものです。

取り急ぎご案内致しますので、宜しくご利用の程お願い申し上げます。

敬具

記

新規受託項目

項目コード	50099
検査項目名	PD-L1 (22C3) 頭頸部《IHC法》*1
検体量/保存方法	未染標本スライド 5枚(4~5μm厚)*2 / 常温 [容器番号: 20番]
検査方法	免疫組織化学染色(IHC)
所要日数	6~8日*3
検査実施料	2,700点*4 ([N005-3] PD-L1 タンパク免疫染色(免疫抗体法)病理組織標本作製)
判断料	150点(病理判断料)
備考	*1: 浸潤性の頭頸部癌組織の染色有無を評価対象とします。異形成または上皮内癌は評価対象とはなりません。 *2: 頭頸部癌を含む組織のホルマリン固定パラフィン包埋ブロックから作製された未染標本スライドをご提出下さい(スライドは剥離防止コートスライドガラスをご使用下さい)。組織標本の固定は10%中性緩衝ホルマリン、12~72時間が推奨されています。スライド枚数は再検査分も含みます。 *3: 所要日数には再検査の日数は含まれておりません。また、パラフィンブロックでご依頼の場合は、別途日数がかかります。 *4: 免疫チェックポイント阻害剤の一つである「ペムブロリズマブ(キイトルーダ®)」投与による治療適否の判断を目的とする検査で、投与方針の決定までの間に1回を限度として算定できます。

※「PD-L1 (22C3) 頭頸部」検査をご依頼される場合は、『病理組織(特殊染色・免疫染色)依頼書』をご使用下さい。

受託開始日

● 令和元年12月26日(木)



PD-L1 (22C3) 頭頸部 / 記入手引き

PD-L1 (22C3) 頭頸部をご依頼の際は、『病理組織(特殊染色・免疫染色)依頼書』をご利用下さい。また、下記の記入手引きをご参照の上、ご依頼いただきますようお願い致します。

病理組織(特殊染色・免疫染色)依頼書 提出用 7	
(科名) 内科 外科 産婦 呼吸 整形 泌尿 皮膚 小児 眼科 耳鼻 消化 薬剤 その他 性別 女性 入院 外来 至急	
提出日 検査番号 月 日 固定液 <input type="checkbox"/> 20%ホルマリン <input type="checkbox"/> アルコール その他() 固定までの時間 分 コメント/備考 (前回検査番号) 感染性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 受領枚 <input type="checkbox"/> 個 受領印	採取日 日 提出日 採取時間 分 病種 FAX 報告
依頼内容 <input type="checkbox"/> ブロック作製のみ <input type="checkbox"/> 標本作製のみ <input type="checkbox"/> 染色判定まで <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン	提出材料 ブロック 個 未染色標本 枚 凍結検体 個 その他 個
採取臓器名 ①: ②: 病理診断・臨床診断 標本・ブロック作製のみ、判定までに 関わらず必ずご記入下さい。 ブロック・未染標本番号 ブロック・未染標本に記載の番号・氏名等 を必ずご記入下さい。 標本・ブロック作製のみ、判定までに関わらず可能な限り臨床情報をご記入、もしくは別紙を添付して下さい。	
臨床情報 乳腺関連 免疫染色判定有り <input type="checkbox"/> ER (IHC法) <input type="checkbox"/> PgR (IHC法) <input type="checkbox"/> HER2/neu (IHC法) <input type="checkbox"/> HER2/neu (FISH法) 免疫染色判定無し <input type="checkbox"/> ER (IHC法 染色のみ) <input type="checkbox"/> PgR (IHC法 染色のみ) 蛍光抗体法 判定有り <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgA <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> C3 判定無し <input type="checkbox"/> C4 <input type="checkbox"/> C1q <input type="checkbox"/> Fibrinogen <input type="checkbox"/> 蛍光抗体顕微鏡写真のみ	
化学染色・未染標本 <input type="checkbox"/> HE(ヘマトキシリン・エオジン) <input type="checkbox"/> エラスチン・ファンゲニン <input type="checkbox"/> アザン <input type="checkbox"/> マンソントリクローム <input type="checkbox"/> 鐵線 <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> アルシアン青 <input type="checkbox"/> グロコット <input type="checkbox"/> チールネルゼン <input type="checkbox"/> グリメリウス <input type="checkbox"/> PAM <input type="checkbox"/> コンゴレッド <input type="checkbox"/> ダイロン <input type="checkbox"/> ペルリン青 未染標本作製 枚 枚数をご記入下さい。	
上皮系マーカー <input type="checkbox"/> Keratin Wide <input type="checkbox"/> AE1+3 <input type="checkbox"/> 34βE12, HMW <input type="checkbox"/> CAM5.2 <input type="checkbox"/> Cytokeratin 5/6 <input type="checkbox"/> Cytokeratin 7 <input type="checkbox"/> Cytokeratin 20 <input type="checkbox"/> EMA <input type="checkbox"/> P504S 腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> CEA <input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> Melan-A/MART-1 <input type="checkbox"/> TTF-1	
組織マーカー <input type="checkbox"/> Vimentin <input type="checkbox"/> q-SMA <input type="checkbox"/> Desmin <input type="checkbox"/> GFAP <input type="checkbox"/> S-100 <input type="checkbox"/> Chromogranin A <input type="checkbox"/> Synaptophysin <input type="checkbox"/> β2MG <input type="checkbox"/> Calretinin <input type="checkbox"/> D2-40 血漿蛋白 <input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgA <input type="checkbox"/> IgM <input type="checkbox"/> Kappa Light Chains <input type="checkbox"/> Lambda Light Chains	
細胞増殖マーカー・遺伝子関連 <input type="checkbox"/> Ki-67 <input type="checkbox"/> P53 <input type="checkbox"/> P63 <input type="checkbox"/> C-erbB-2 <input type="checkbox"/> Bcl-2 <input type="checkbox"/> Bcl-6 <input type="checkbox"/> Cyclin D1 <input type="checkbox"/> E-Cadherin 酵素 <input type="checkbox"/> Placental ALP <input type="checkbox"/> NSE 細菌・ウイルス <input type="checkbox"/> Helicobacter Pylori <input type="checkbox"/> LMP-1 <input type="checkbox"/> CMV	
血球・細胞表面マーカー <input type="checkbox"/> CD3 <input type="checkbox"/> CD4 <input type="checkbox"/> CD5 <input type="checkbox"/> CD8 <input type="checkbox"/> CD10 <input type="checkbox"/> CD15, Granulocyte <input type="checkbox"/> CD20, L26 <input type="checkbox"/> CD30, Ki-1 <input type="checkbox"/> CD31, Endothelial cell <input type="checkbox"/> CD34 <input type="checkbox"/> CD45, LCA <input type="checkbox"/> CD45RO, UCHL-1 <input type="checkbox"/> CD56, N-CAM <input type="checkbox"/> CD68, KP-1 <input type="checkbox"/> CD73a <input type="checkbox"/> CD117, C-kit	
欄外項目 <input type="checkbox"/> 4 左記欄外項目をご依頼の際は、 記載にご記入下さい。	
ご依頼項目総数 <input type="checkbox"/> 項目 依頼項目数をご記入下さい。	
株式会社LSIメディエンス 2枚目以降を貴院控としてお取り下さい。 1枚目の「提出用」は絶対に折り曲げないで下さい。 <記入要項> ホールペンで強くご記入下さい。 この用紙は機械で読み取りますので、熱内にはみ出さないように記入して下さい。 検査項目及び属性等の「」枠内に「」でご指示下さい。 長い側「」 短い側「」	

1 ご依頼の際は、【依頼内容】をご記入下さい。【赤枠】のどちらかに必ずチェック下さい。

依頼内容	<input type="checkbox"/> ブロック作製のみ
	<input type="checkbox"/> 標本作製のみ
	<input type="checkbox"/> 染色判定まで
	<input type="checkbox"/> セカンドオピニオン

2 ご依頼の際は、【材料欄】未染色標本の枚数を必ずご記入下さい。

提出材料	ブロック	<input type="checkbox"/>	個
	未染色標本	<input type="checkbox"/>	枚
	凍結検体	<input type="checkbox"/>	個
	その他	<input type="checkbox"/>	個

4 ご依頼の際は、依頼項目と項目コードを下記の通りご記入下さい。(癌種を漏れなくご記入下さい) ※記入例

欄外項目	
[50099] PD-L1 (22C3) 頭頸部	左記欄外項目を必ずご記入下さい。

3 ご依頼の際は、採取臓器名、病理診断、臨床診断の欄に記載いただくか、病理報告書の添付をお願い致します。

依頼内容 <input type="checkbox"/> ブロック作製のみ <input type="checkbox"/> 標本作製のみ <input type="checkbox"/> 染色判定まで <input type="checkbox"/> セカンドオピニオン	提出材料 ブロック 個 未染色標本 枚 凍結検体 個 その他 個	採取臓器名 ①: ②: 病理診断・臨床診断 標本・ブロック作製のみ、判定までに 関わらず必ずご記入下さい。 ブロック・未染標本番号 ブロック・未染標本に記載の番号・氏名等 を必ずご記入下さい。	採取臓器名 病理診断・臨床診断 病院のブロック番号または標本番号 (これらは報告書に反映します)
標本・ブロック作製のみ、判定までに関わらず可能な限り臨床情報をご記入、もしくは別紙を添付して下さい。 臨床情報は可能な限りご記入、もしくは別紙添付をお願いします		長い側「」 短い側「」	