

病理組織診検査 手術組織材料 新規依頼項目のお知らせ

謹啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

平素は格別なご愛顧を賜り厚くお礼申し上げます。

この度、病理組織診検査におきまして、手術摘出組織について、新たな依頼項目を設定致しました。通常の内視鏡組織や切除組織等との区別を明確にするために、下記の依頼項目をご使用頂きますようお願い申し上げます。

謹白



項目名

- 手術組織 1 臓器検査 (依頼コード No.17514)
- 手術組織 2 臓器検査 (依頼コード No.17515)
- 手術組織 3 臓器検査 (依頼コード No.17516)

使用開始可能日 2018年10月1日(月) 以降より順次

●変更内容(見本参照)

弊社は、これまで全ての病理組織診検査を、組織1～3臓器検査(依頼コード:5961～5963)でご依頼頂いておりましたが、手術による組織全摘出或いは部分摘出の組織検体用の項目を新たに設定致しました。

以降、手術組織1～3臓器検査(依頼コード:17514～17516)でご依頼ください。

検体の提出方法や条件に変更はなく、病理検査報告書も今までと変更ありません。

今回の新規項目に伴い、病理検査依頼書PA(Z)-4も上記新項目を記載したものに变更しておりますので、手術組織全摘出又は部分摘出検体をご提出いただく場合、手術組織1～3臓器検査を選択して頂きチェックお願い致します。

手術組織材料の対象材料につきましては、添付の目安表を参照下さい。但し、この目安表は弊社内でブロック作製数や病理医の所要時間等を勘案して定めたもので、学会等で学術的に認められたものではありません。なお手術組織の検体は、通常検体より納期を長く頂きますのでご承知おきください。

次ページに続きます

株式会社 **ビー・エム・エル**

本社：〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-21-3

総合研究所：〒350-1101 埼玉県川越市的場1361-1

☎ 049(232)3131 FAX 049(232)3132

検査項目検索用
アプリ B-Book



電子カルテはビー・エム・エル



★ 通常の病理1～3臓器と手術組織1～3臓器検査の比較

	通常の病理1～3臓器検査	手術組織1～3臓器検査
内容	従来もしくは通常組織	手術切除摘出組織(いわゆるOPE組織) 目安表参照
項目コード	5961～5963	17514～17516
検査項目名	組織1臓器検査～組織3臓器検査	手術組織 1臓器検査～3臓器検査
容器	PA	通常プラスチック製容器等での提出が多い
検体の保存方法	ホルマリン固定組織	従来の病理組織検査に準ずる(室温)
報告日数	5～10日	10～15日 (病理医による肉眼所見の確認等が必要)
検体提出上の注意	検査案内に記載	左と同様
備考ほか		受託時に弊社検査室で手術組織と識別した場合、問合せにて確認させていただきます。

エンボスカードをご使用の際は、この枠に合わせてください。
※病院控は下の2枚をお取りください。

カルテID
 カ氏名
 生月日

★印の箇所は必ずご記入ください。

性別 年齢 営業所ID 貼付欄

注) カナ10文字

病理組織検査依頼書 PA(Z)-4 (ホルマリン検体用) BML検査用

検査室使用欄 記入不可

検査項目

総検体数

生検 EMR polypectomy ESD

①提出材料

消化管	婦人科	その他			
<input type="checkbox"/> 食道 071	<input type="checkbox"/> 子宮 088	<input type="checkbox"/> 右腎臓 299	<input type="checkbox"/> 右肺 284	<input type="checkbox"/> 皮膚 067	<input type="checkbox"/> 脳 065
<input type="checkbox"/> 胃 072	<input type="checkbox"/> 子宮頸部 089	<input type="checkbox"/> 左腎臓 300	<input type="checkbox"/> 左肺 285	<input type="checkbox"/> 皮下腫瘍 319	<input type="checkbox"/> 関節 066
<input type="checkbox"/> 十二指腸 254	<input type="checkbox"/> 子宮頸部 098	<input type="checkbox"/> 膀胱 292	<input type="checkbox"/> 右気管支 078	<input type="checkbox"/> 軟部組織 081	<input type="checkbox"/> 筋肉 095
<input type="checkbox"/> 小腸 083	<input type="checkbox"/> 子宮内膜 092	<input type="checkbox"/> 右尿管 297	<input type="checkbox"/> 左気管支 298	<input type="checkbox"/> 骨・軟骨 096	<input type="checkbox"/> 滑膜 277
<input type="checkbox"/> 虫垂 089	<input type="checkbox"/> 頸ホリーフ 376	<input type="checkbox"/> 左尿管 298	<input type="checkbox"/> 咽頭 306	<input type="checkbox"/> 右乳腺 290	<input type="checkbox"/> 心臓 271
<input type="checkbox"/> 盲腸 265	<input type="checkbox"/> 子宮内容物 054	<input type="checkbox"/> 前立腺 077	<input type="checkbox"/> 喉頭 341	<input type="checkbox"/> 左乳腺 291	<input type="checkbox"/> 血管 062
<input type="checkbox"/> 結腸(上・下) 259	<input type="checkbox"/> 右卵巣 268	<input type="checkbox"/> 右精巣 310	<input type="checkbox"/> 扁桃 231	<input type="checkbox"/> 右甲状腺 313	<input type="checkbox"/> 大網 377
<input type="checkbox"/> S状結腸 269	<input type="checkbox"/> 左卵巣 269	<input type="checkbox"/> 左精巣 311	<input type="checkbox"/> 副鼻腔 278	<input type="checkbox"/> 左甲状腺 315	<input type="checkbox"/> 胸腺 378
<input type="checkbox"/> 直腸 258	<input type="checkbox"/> 右卵管 301	<input type="checkbox"/> 右副腎 302	<input type="checkbox"/> 舌 287	<input type="checkbox"/> 骨髄 067	<input type="checkbox"/> 腸間膜 361
<input type="checkbox"/> 肛門 045	<input type="checkbox"/> 左卵管 267	<input type="checkbox"/> 左副腎 302	<input type="checkbox"/> 口腔・口唇 307	<input type="checkbox"/> リンパ節 068	<input type="checkbox"/> 腹膜 362
<input type="checkbox"/> 肝臓 074	<input type="checkbox"/> 胎盤 380	<input type="checkbox"/> 脾臓 059	<input type="checkbox"/> 唾液腺 263	<input type="checkbox"/> その他 () 080	
<input type="checkbox"/> 胆嚢 075	<input type="checkbox"/> 外陰部 281	<input type="checkbox"/> 膵臓 060	<input type="checkbox"/> 縦隔 265	<input type="checkbox"/> その他 () 080	

②依頼項目

<input type="checkbox"/> 1臓器標本作製検査 05961	<input type="checkbox"/> (ギムザ染色・判定) 07377
<input type="checkbox"/> 2臓器標本作製検査 05962	<input type="checkbox"/> (免疫染色・判定) 07385
<input type="checkbox"/> 3臓器標本作製検査 05963	<input type="checkbox"/> プロステロンレセプター-[PgR] 07386
<input type="checkbox"/> 手術組織1臓器検査 17514	<input type="checkbox"/> HER2/FISH 04031
<input type="checkbox"/> 手術組織2臓器検査 17515	<input type="checkbox"/> EGFR蛋白/IHC 02070
<input type="checkbox"/> 手術組織3臓器検査 17516	<input type="checkbox"/> 胃癌HER2/IHC 02645
<input type="checkbox"/> (PAS,PAM,MA,IgG,IgA,IgM) 05497	<input type="checkbox"/> 胃癌ALK/IHC(5A4) 12275
<input type="checkbox"/> 標本作製	<input type="checkbox"/> 肺癌ALK/IHC(D5F3) 17511
<input type="checkbox"/> 腫瘍学的のみ (固定材料から標本まで) 05966	<input type="checkbox"/> 肺癌ALK/FISH 06758
<input type="checkbox"/> スライド写真 (ブロックから標本まで) 05519	
<input type="checkbox"/> HE染色 (実体スライドから) 05431	
<input type="checkbox"/> プラム切写 (固定子検査を目的に依頼する場合は、プレップしてください) 11590	

③臨床診断

④臨床所見・手術所見等(図示願います)

検査室使用欄 記入不可

既往 年月日 -- --

西暦番号 年月日 -- --

子宮内腫は最終日経の記入をお願いします

最終月経 年月日 ~ 日開

閉経年令 才 性ホルモン剤(有・無)

妊娠 週 分娩 週 産後 週

⑤お願い

○病理検査と標本作製は同時に依頼することはできません。 ○胃と十二指腸は1臓器の算定となります。

○解剖例は標本作製までの実施となります。 ○妊娠12週を超える胎児及びそれに相当する大きさの胎児は受託していません。

○「ヘリコバクター・ピロリの有無」の検察を希望で、染色名の指定がない場合はギムザ染色とヘリコ判定を追加します。

○ヘリコバクター・ピロリ判定は胃の生検検体に限ります。 polypectomy, EMR, ESD, 手術材料での判定は実施していません。

422014

BML 株式会社ビーエム・エル

OCR帳票記入上の注意

依頼 V

数字 4

カタカナ ア

依頼の取消し V

折曲厳禁

病理組織材料 手術組織目安表

材料	識別
食道	全摘出及び部分摘出組織
胃	全摘出及び部分摘出組織
十二指腸	全摘出及び部分摘出組織
小腸	全摘出及び部分摘出組織
大腸	全摘出及び部分摘出組織 EMR, ESD 後の追加切除組織
肛門	直腸がんの肛門同時切除摘出組織
虫垂	虫垂および回盲部の同時手術 摘出組織
肝臓	全摘出及び葉摘出組織
膵臓・胆管 胆道系	摘出組織全て
腎臓	全摘組織
肺	全摘出及び葉摘出組織
脾臓	交通事故などによる破裂組織
子宮	頸部癌および体部癌の全摘及び部分摘出組織 大きい子宮筋腫の全摘組織
卵巣	卵巣がんの全摘組織
胎盤	全摘組織
乳腺	全摘および温存術切除組織
甲状腺	全摘組織
前立腺	全摘出及び左右いずれかを摘出した組織
精巣	全摘組織
膀胱	全摘組織
骨	手術摘出組織 (糖尿病性壊疽や外傷、病的骨折による四肢の組織を含む)

★この表は弊社内でブロック数や病理医の所要時間等を勘案して定めたもので、学会等で学術的に認められたものではありません。