

C-CAT登録項目調査票：遺伝子検査（一部がん種のみ）

福岡赤十字病院 地域医療連携室 宛

本ページ「遺伝子検査」は、

肺がん・乳がん・食道がん・胃がん・大腸がん・小腸がん・肝がん・皮膚がん

に該当する方のみ、該当項目にご記載の上、ご提出いただくようお願いいたします。

患者氏名 _____ 様 男 女 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳

《遺伝子検査》

紹介状に 記載済	項目	内容
●肺がん症例の場合		
<input type="checkbox"/>	EGFR	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査
<input type="checkbox"/>	EGFR-type	※陽性の場合は、詳細な結果を提出ください。
<input type="checkbox"/>	EGFR-検査方法	<input type="checkbox"/> CobasV2 <input type="checkbox"/> Therascreen <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/>	EGFR-TKI耐性後EBFR-T790M	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査
<input type="checkbox"/>	ALK融合	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査
<input type="checkbox"/>	ALK-検査方法	<input type="checkbox"/> IHCのみ <input type="checkbox"/> FISHのみ <input type="checkbox"/> IHC+FISH <input type="checkbox"/> RT-PCRのみ <input type="checkbox"/> RT-PCR+FISH <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/>	ROS1	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査
<input type="checkbox"/>	BRAF(V600E)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査
<input type="checkbox"/>	PD-L1(IHC)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査 →陽性率 %
<input type="checkbox"/>	PD-L1(IHC)-検査方法	<input type="checkbox"/> Nivolumab/Dako28-8(BMS/小野) <input type="checkbox"/> Pembrolizumab/Dako22C3(Merck) <input type="checkbox"/> その他 ()
●乳がん症例の場合		
<input type="checkbox"/>	HER2(IHC)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陰性(1+) <input type="checkbox"/> 境界域(2+) <input type="checkbox"/> 陽性(3+) <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査
<input type="checkbox"/>	HER2(IHC) (FISH)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> equivocal <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査
<input type="checkbox"/>	ER	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査
<input type="checkbox"/>	PgR	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査
<input type="checkbox"/>	gBRCA1	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査
<input type="checkbox"/>	gBRCA2	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査
●食道がん、胃がん、小腸がん、大腸がん症例の場合		
<input type="checkbox"/>	KRAS	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査
<input type="checkbox"/>	KRAS-type	※陽性の場合は、詳細な結果を提出ください。
<input type="checkbox"/>	KRAS-検査方法	<input type="checkbox"/> PCR-rSSO法 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/>	NRAS	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査
<input type="checkbox"/>	NRAS-type	※陽性の場合は、詳細な結果を提出ください。
<input type="checkbox"/>	NRAS-検査方法	<input type="checkbox"/> PCR-rSSO法 <input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/>	HER2	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陰性(1+) <input type="checkbox"/> 境界域(2+) <input type="checkbox"/> 陽性(3+) <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査
<input type="checkbox"/>	EGFR(IHC)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査
<input type="checkbox"/>	BRAF(V600)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査
●肝がん症例の場合		
<input type="checkbox"/>	HBsAg	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査
<input type="checkbox"/>	HBs抗体	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査 HBV-DNA LogIU/mL
<input type="checkbox"/>	HCV抗体	<input type="checkbox"/> 低 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 高 <input type="checkbox"/> 未検査 HCV-RNA LogIU/mL
●皮膚がん症例の場合		
<input type="checkbox"/>	BRAF (V600)	<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性 <input type="checkbox"/> 判定不能 <input type="checkbox"/> 未検査