

循环肿瘤细胞检测申请单

标签粘贴处

1、送检单位信息

送检单位：_____ 医院_____ 科_____ 送检医生：_____
送检日期：_____/_____/_____ 医院/临床医生联系方式：_____

2、申请者信息

姓名：_____ 性别：☐男 ☐女 年龄：_____ 体重：_____
身份证/护照：_____
联系电话 1：_____ 联系电话 2：_____
报告邮寄地址：_____ 省_____ 市_____ 区_____
收件人：_____ 联系电话：_____

3、检测项目

检测项目名称：循环肿瘤细胞检测

检测目的：☐癌症筛查 ☐辅助诊断 ☐疗效监测 ☐预后评估 ☐复发转移监测

4、样本信息

☐静脉血____mL/____管（特殊取血部位_____） ☐胸水____mL/____管 ☐腹水____mL/____管
采血时间：____/____/____，____时____分
输液史：最近一次输液时间____，输液剂为_____
注明：此次为申请者第____次送检，上一次检测单位为：☐本机构 ☐非本机构_____

5、受检者临床信息

受检者是否已确诊：☐是 ☐否 受检者是否携带病原微生物：☐是 ☐否
血常规检测结果：WBC_____ Hgb_____ PLT_____ Hct_____ 肿标检测结果：_____
影像学检测结果：_____
病理检测结果：_____
其他：_____

※已确诊的受检者需完成以下内容的填写：

★基本状况

癌种：_____ 临床诊断：_____ 确诊时间：_____
目前临床分期：☐I 期 ☐II 期 ☐III 期 ☐IV 期 TNM 分期：T__N__M__
是否转移：☐无 ☐淋巴结 ☐骨 ☐脑 ☐肝 ☐肺 ☐不详 ☐其他_____
家族史：☐无 ☐有（如有，请填写下方信息）
亲属关系：_____ 癌种：_____

★治疗情况

治疗现状：☐初诊 ☐复发 ☐观察中 ☐治疗中 ☐可疑耐药 ☐其他_____
手术：☐无 ☐有：手术时间_____ 手术名称_____
用药史：☐无 ☐有（如有，请填写下方信息）
（疗效填写 CR（完全缓解），PR（部分缓解），SD（疾病稳定），PD（病情进展）等）
方案 1：_____ 起止时间：_____ 疗效：_____
方案 2：_____ 起止时间：_____ 疗效：_____
放疗：☐无 ☐有：部位_____ 次数_____ 起止时间：_____ 疗效：_____

6、信息确认：

我已认真阅读并完全了解本《循环肿瘤细胞检测知情同意书》中全部内容，充分了解该检测服务的内容、检测局限性及潜在风险，我关注的问题已得到详尽回复，因此我完全资源慎重签署本申请单并同意参加循环肿瘤细胞检测项目，并承诺提供的信息真实有效。

申请者签名：_____ 日期：_____