



中国医科大学附属盛京医院病理科  
分子病理检测申请单

分子病理号: 520. [redacted] X

患者姓名: [redacted] 性别: 男 年龄: 60 门诊/住院号: [redacted] 科室: 普外三  
病理号: [redacted] 诊断: (十二指肠) 间质瘤  
临床资料 (请填写肿瘤 TNM 分期、病灶部位、治疗方案、靶向药应用等):  
十二指肠降部与升部交界处包块, 间质瘤  
是否有传染病史 (乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等): ☒ 否 ☐ 是  
是否做过基因检测: ☒ 否 ☐ 是 (请填写具体检测的项目、病理号及结果)

检测项目及标本要求如下 (请在相应检测项目前面“√”)

	医学术语 (项目名称)	外院标本要求
FISH	<input type="checkbox"/> 循环肿瘤细胞 (CTC) 检测	
PCR	<input type="checkbox"/> 血液 EGFR 基因突变检测 (肺癌)	
	<input type="checkbox"/> BRAF 基因突变检测 (肠癌、甲状腺癌等)	需要提供原病理报告单、原 HE 切片。检测需 10 张 5 微米厚切片 (普通玻片, 无需烤片)。小材标本需 15 张上述切片。
	<input type="checkbox"/> EGFR 基因突变检测 (肺癌)	
	<input type="checkbox"/> EGFR/ALK/ROS1 基因突变检测 (肺癌十基因)	
	<input type="checkbox"/> KRAS/NRAS/PIK3CA/BRAF 基因突变检测 (肠癌)	
FISH	<input type="checkbox"/> HER2 基因扩增荧光原位杂交检测 (乳腺癌、胃癌)	外院标本检测前需会诊, 并提供如下材料: 原病理报告单、原 HE 切片、原组化片、蜡块 (或 3 微米厚涂胶片, 需烤片, 数量按每 1 项检测需 3 张要求)。
	<input type="checkbox"/> C-MYC/BCL-2/BCL-6 荧光原位杂交检测 (淋巴瘤)	
	<input type="checkbox"/> 1p 和 19q 杂合性缺失荧光原位杂交检测 (胶质瘤)	
	<input type="checkbox"/> N-MYC 荧光原位杂交检测 (神经母细胞瘤)	



中国医科大学附属盛京医院病理科  
分子病理检测申请单

分子病理号:

SEQ		
<input type="checkbox"/> T/B 淋巴瘤基因重排一代测序检测 (淋巴瘤)		外院标本检测前需会诊, 并提供原病理报告单、原 HE 片、原组化片、蜡块或 5 微米白片 20 张(普通载玻片, 不需烤片)。小材标本要求组织直径不小于 4 毫米。
<input type="checkbox"/> 微卫星不稳定 (MSI) 一代测序检测 (肠癌等)		
<input type="checkbox"/> MLH1 甲基化一代测序检测 (肠癌, 子宫内膜癌等)		
<input checked="" type="checkbox"/> C-KIT/PDGF $\alpha$ R 一代测序检测 (胃肠道间质瘤)		
<input type="checkbox"/> IDH1/2 一代测序检测 (胶质瘤)		
<input type="checkbox"/> MGMT 甲基化一代测序检测 (胶质瘤)		
<input type="checkbox"/> STR 分型一代测序检测 (葡萄胎)		

希望患者及家属仔细阅读下列条款, 如无异议请在知情同意书上签字:

1. 检测结果仅对本次检测的样本负责, 只适用于检测特定肿瘤基因, 出具的检测结果仅供临床医生参考, 并非临床诊断依据;
2. 本实验室采用认证的设备、检测试剂, 遵照国际指南指导实验, 但一些客观因素也可能对检测结果产生影响, 如: ①由于基因变化的复杂性和多样性、肿瘤的异质性或目前检测方法或手段的限制, 有可能无法得到基因变化的明确结果; ②由于石蜡包埋组织的局限性、肿瘤组织伴有坏死或细针穿刺标本获取组织少、血液标本 cDNA 含量有限、血液循环系统中肿瘤细胞分布不均匀且入血时间等机制尚未明确等各种原因, 可能导致检测结果不具有代表性;
3. 目前本检测项目未纳入医保范畴, 所需费用不在医保报销范围;
4. 检测前将对样本进行质量评估, 对于不可抗因素 (标本过少、血液凝固、采血管破裂、试剂异常等) 所致样本损耗, 受检者需配合检测科室再次取样, 检测方不重复收费; 受试者不配合重新取样的, 检测方不予退费;
5. 如采用 ARMS 方法检测的项目, 仅对本实验室采用的试剂盒所包含的获批的热点突变进行检测。各突变形式和位点详见检测报告。患者如有异议请先进行咨询, 如事后对检测位点有异议, 检测方不承担任何责任。

我已认真阅读上述内容, 明确知晓并充分理解相关条款, 决定进行检测, 自愿支付相关费用并提供相关材料。

患者身份证号: [REDACTED]

患者或家属签字: [REDACTED]

联系电话 1: [REDACTED] 联系电话 2: [REDACTED]

2019 年 6 月 8 日

地址: [REDACTED]



中国医科大学附属盛京医院病理科  
分子病理检测申请单

分子病理号: 5201

患者姓名: 性别: 女 年龄: 64 门诊/住院号: 科室: 普外三

病理号: 病理诊断: 十二指肠癌伴淋巴结转移  
临床资料 (请填写肿瘤 TNM 分期、病灶部位、治疗方案、靶向药应用等):

申请医生: 寇有为

是否有传染病史 (乙肝、丙肝、艾滋病、梅毒等): ☒ 是 ☐ 否

是否做过基因检测: ☒ 否 ☐ 是 (请填写具体检测的项目、病理号及结果)

检测项目及标本要求如下 (请在相应检测项目前面“√”)

	医嘱术语 (项目名称)	外院标本要求
FISH	<input type="checkbox"/> 循环肿瘤细胞 (CTC) 检测	
PCR	<input type="checkbox"/> 血液 EGFR 基因突变检测 (肺癌)	
	<input type="checkbox"/> BRAF 基因突变检测 (肠癌、甲状腺癌等)	需要提供原病理报告单、原 HE 切片。检测需 10 张 5 微米厚切片 (普通玻片, 无需烤片)。小材标本需 15 张上述切片。
	<input type="checkbox"/> EGFR 基因突变检测 (肺癌)	
	<input type="checkbox"/> EGFR/ALK/ROS1 基因突变检测 (肺癌十基因)	
	<input type="checkbox"/> KRAS/NRAS/PIK3CA/BRAF 基因突变检测 (肠癌)	
FISH	<input type="checkbox"/> HER2 基因扩增荧光原位杂交检测 (乳腺癌、胃癌)	外院标本检测前需会诊, 并提供如下材料: 原病理报告单、原 HE 切片、原组化片、蜡块 (或 3 微米厚涂胶片, 需烤片, 数量按每 1 项检测需 3 片要求)。
	<input type="checkbox"/> C-MYC/BCL-2/BCL-6 荧光原位杂交检测 (淋巴瘤)	
	<input type="checkbox"/> 1p 和 19q 杂合性缺失荧光原位杂交检测 (胶质瘤)	
	<input type="checkbox"/> N-MYC 荧光原位杂交检测 (神经母细胞瘤)	



中国医科大学附属盛京医院病理科  
分子病理检测申请单

分子病理号:

SEQ	<input type="checkbox"/> T/B 淋巴瘤基因重排一代测序检测 (淋巴瘤)	外院标本检测前需会诊, 并提供原病理报告单。原 HE 片、原组化片、蜡块或 5 微米白片 20 张(普通载玻片, 不需烤片)。小材标本要求组织直径不小于 4 毫米。
	<input type="checkbox"/> 微卫星不稳定 (MSI) 一代测序检测 (肠癌等)	
	<input type="checkbox"/> MLH1 甲基化一代测序检测 (肠癌、子宫内膜癌等)	
	<input checked="" type="checkbox"/> C-KIT/PDGFR 一代测序检测 (胃肠道间质瘤)	
	<input type="checkbox"/> IDH1/2 一代测序检测 (胶质瘤)	
	<input type="checkbox"/> MGMT 甲基化一代测序检测 (胶质瘤)	
	<input type="checkbox"/> STR 分型一代测序检测 (葡萄胎)	

希望患者及家属仔细阅读下列条款, 如无异议请在知情同意书上签字:

1. 检测结果仅对本次检测的样本负责, 只适用于检测特定肿瘤基因, 出具的检测结果仅供临床医生参考, 并非临床诊断依据;
2. 本实验室采用认证的试剂、检测试剂, 遵照国际指南指导实验, 但一些客观因素也可能对检测结果产生影响, 如: ①由于基因变化的复杂性和多样性, 肿瘤的异质性或目前检测方法或手段的限制, 有可能无法得到基因变化的明确结果。②由于石蜡包埋组织的局限性, 肿瘤组织伴有坏死或细针穿刺标本获取组织少、血液标本 ctDNA 含量有限、血液循环系统中肿瘤细胞分布不均匀且入血时间等机制尚未明确等各种原因, 可能导致检测结果不具有代表性;
3. 目前本检测项目未纳入医保范畴, 所需费用不在医保报销范围;
4. 检测前将对样本进行质量评估, 对于不可抗因素 (标本过少、血液凝固、采血管破裂、试剂异常等) 所致样本损耗, 受检者需配合检测科室再次取样, 检测方不重复收费; 受试者不配合重新取样的, 检测方不予退费;
5. 如采用 ARMS 方法检测的项目, 仅对本实验室采用的试剂盒所包含的获批的热点突变进行检测。各突变形式和位点详见检测报告。患者如有异议请先进行咨询, 如事后对检测位点有异议, 检测方不承担任何责任。

我已认真阅读上述内容, 明确知晓并充分理解相关条款, 决定进行检测, 自愿支付相关费用并提供相关材料。 患者身份证号: 2[REDACTED]

患者或家属签字: [REDACTED]

联系电话 1: 1[REDACTED] 联系电话 2: [REDACTED]

2019 年 4 月 23 日

地址: [REDACTED]