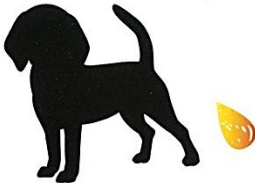


# BRAF遺伝子変異解析 依頼書

冷凍検体

依頼日	年 月 日	電話番号	
病院コード		F A X	
病院名		E-mail	

飼主名	カタカナでご記入ください	動物名	カタカナでご記入ください	カルテNo.	
動物種		品種		体重	
年齢	歳 ヶ月齢	性別	<input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/> ♀ ( <input type="checkbox"/> 避妊去勢済 ・ <input type="checkbox"/> 今回処置 )		
担当医					

依頼形式	 <p>検査検体  <input checked="" type="checkbox"/> 自然排尿  <input checked="" type="checkbox"/> カテーテル採尿  <input checked="" type="checkbox"/> 膀胱内灌流液  <input checked="" type="checkbox"/> 外力カテーテル法  <input checked="" type="checkbox"/> 前立腺マッサージ液  <input checked="" type="checkbox"/> 腫瘍生検組織</p>	<p>検体量は尿であれば10mL程度、  <b>スピッツ管にて遠心後に1mm厚の沈渣</b>が肉眼で見えることが望ましい。</p> <p>* 目安は沈渣塗抹を作成した際に十分な上皮細胞が観察される量の沈渣          * 沈渣塗抹標本は検査検体としては不適です。          * 腫瘍の生検組織であれば2mm角程度</p>
------	---	---

注意	※ 検体量不足により検査ができないことがあります。
----	---------------------------

採取部位	採材方法	処理・保存方法	備考
サンプル	<input type="checkbox"/> 尿沈渣 <input type="checkbox"/> 前立腺マッサージ沈渣 <input type="checkbox"/> 腫瘍組織 <input type="checkbox"/> その他( )	<b>冷凍保存</b>	

その他特記事項等

(この欄には記入しないで下さい)

受付日		受付番号	
請求コード			
備考			