

がんパネル検査 患者情報用紙

(和泉市立総合医療センター他院用 登録～EP 前まで ver.1)

患者様が当院でのがんパネル検査を希望される場合、貴院での治療内容等を把握するために、下記内容のご記入をお願いいたします。腫瘍内科主治医記載欄(色枠)以外の必須項目については必ず記入し、和泉市立総合医療センター地域連携課までお送りください。

※必須項目に抜けがありますと、検査や結果返却まで時間がかかる可能性が高くなります。

また、病理所見用紙も同時に送付お願いいたします。

〔和泉市立総合医療センター主治医記記入〕⇒当院にて記入いたします。

診療科： _____ 科 主治医 PHS： _____

主治医名前： _____

患者カルテ ID： _____

【症例基本情報】

●患者氏名：(_____)

●生年月日(西暦)：(_____ 年 _____ 月 _____ 日)

●症例関係区分：重複がん 前医からの転院フォロー 前医実施後再検査 その他

●これまでのがんパネル登録の有無 (必須)：なし あり 不明

※「あり」の場合過去の登録 ID が分かれば記入してください→(_____)

●がん種区分(必須)：下記の枠内から該当するものに○をしてください。その他の場合は()内にかん種を記入してください。

・中枢神経系/脳 ・頭頸部 ・眼 ・肺 ・胸膜 ・胸腺 ・甲状腺 ・乳
・食道/胃 ・十二指腸乳頭部 ・腸 ・肝 ・胆道 ・膵 ・腎 ・副腎
・膀胱/尿管 ・前立腺 ・精巣 ・陰茎 ・子宮 ・子宮頸部 ・卵巣/卵管
・膣 ・皮膚 ・骨 ・軟部組織 ・腹膜 ・骨髄系 ・リンパ系 ・末梢神経系
・その他 (_____)

【検体情報】

- 検査区分(必須)： 保険 保険外併用療養
- 検査種別(必須)： FoundationOne CDx FoundationOne Liquid CD x
 NCC OncoPanel その他 ()

●FoundationOne CDx をする場合、移植歴はありますか。(必須)：
※「はい」の場合詳細を()内に記入して下さい いいえ はい ()

●FoundationOne CDx をする場合、臨床病期(必須)：※再発時検体は「Stage4」として下さ
 Stage0 Stage1 Stage2 Stage3 Stage4

●FoundationOne CDx をする場合、ICD-10をC00~C97もしくはD00~D048から適切なものを
下記に記入して下さい。(必須)： ※記入しない場合は「none」として下さい
ICD-10 番号 ()

- 検体識別番号(必須)： ()
- 検体種別(必須)： FFPE 新鮮凍結 その他 ()
- 腫瘍細胞含有割合： () %
- 検体採取日(腫瘍組織)(必須)： ()年 ()月 ()日
- 検体採取方法(必須)： 生検 手術 その他 () 不明
- 検体採取部位(必須)： 原発巣 転移巣 不明

・中枢神経系 ・脳 ・眼 ・口腔 ・咽頭 ・喉頭 ・鼻・副鼻腔 ・唾液
・甲状腺 ・肺 ・胸膜 ・胸腺 ・乳 ・食道 ・胃 ・十二指腸乳頭部
・小腸 ・虫垂 ・大腸 ・肝 ・胆道 ・膵 ・腎 ・腎盂 ・副腎 ・膀胱
・尿管 ・前立腺 ・精巣 ・陰茎 ・子宮体部 ・子宮頸部 ・卵巣/卵管 ・膣
・皮膚 ・皮下 ・骨 ・筋肉 ・軟部組織 ・腹膜 ・髄膜 ・骨髄系
・リンパ系 ・末梢神経系 ・原発不明 ・その他()

※原発巣・転移巣を選んだ際は具体的な採取部位を○して下さい。(必須)

【患者背景情報】

- 病理診断名(必須)：
()
 - 診断日(必須)： ()年 ()月 ()日
- ※がんと診断する根拠となった検査が行われた日。
- 喫煙歴(必須)： なし あり (喫煙年数： _____ 年 X _____ 本/日) 不明
 - アルコール多飲の有無： なし あり 不明
 - ECOG PS(必須)： 0 1 2 3 4 不明

【がん種情報】

〈登録時の転移〉

- 登録時の転移の有無(必須)： なし あり（登録時の転移部位を下記記載） 不明

・中枢神経系	・脳	・眼	・口腔	・咽頭	・喉頭	・鼻	・副鼻腔	・唾液腺	
・甲状腺	・肺	・胸膜	・胸腺	・乳	・食道	・胃	・十二指腸乳頭部		
・小腸	・虫垂	・大腸	・肝	・胆道	・膵	・腎	・腎盂	・副腎	・膀胱
・尿管	・前立腺	・精巣	・陰茎	・子宮体部	・子宮頸部	・卵巣/卵管	・膣		
・皮膚	・皮下	・骨	・筋肉	・軟部組織	・腹膜	・髄膜	・骨髄系		
・リンパ系	・末梢神経系	・原発不明	・その他()	

〈がん種区分〉

- がん種に関わらず、下記の質問に全て答えてください(必須)

・MSI 検査： 陰性 陽性 (MSI-High) 不明/未検査

- 1 ページ目でがん種区分を「肺」と選んだ際、下記の質問に全て答えてください(必須)

・EGFR 検査： 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査

・EGFR が「陽性」の時、EGFR-TYPE： G719 Ex19 欠失 S768I T790M Ex20 挿入
L858R L861Q その他 不明

・EGFR を検査した際の、EGFR-検査方法： CobasV2 Therascreen その他 不明

・EGFR を検査した際の、EGFR-TKI 耐性後 EGFR-T790M： 陰性 陽性
判定不能 不明/未検査

・ALK 融合の検査： 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査

・ALK 検査方法： IHC のみ FISH のみ IHC+FISH RT-PCR のみ
RT-PCR+FISH その他 不明

・ROS1 の検査： 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査

・BRAF(V600)の検査： 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査

・PD-L1(IHC)の検査： 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査

・PD-L1(IHC)の検査をした際の、PD-L1(IHC)検査方法：
Nivolumab/Dako28-8 Pembrolizumab/Dako22C3 その他 不明

・PD-L1(IHC)の検査で「陽性」の場合の陽性率： () %

・アスベスト暴露歴： なし あり 不明

- 1 ページ目でがん種区分を「乳」と選んだ際、下記の質問に全て答えてください(必須)

・HER2(IHC)の検査： 陰性 陰性(1+) 境界域(2+) 陽性(3+)
判定不能 不明/未検査

・HER2(FISH)の検査： 陰性 equivocal 陽性 判定不能 不明/未検査

・ER の検査： 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査

・PgR の検査： 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査

・gBRCA1 の検査： 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査

・gBRCA2 の検査： 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査

●1 ページ目でがん種区分を「**食道/胃**」もしくは「**腸**」と選んだ際、下記の質問に**全て**教えてください**(必須)**

- ・ KRAS の検査： 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査
- ・ KRAS 検査で「陽性」であった際の KRAS-type： Codon 12 Codon 13 Codon 59
Codon 61 Codon 117 Codon 146 不明
- ・ KRAS 検査をした際の、KRAS-検査方法： PCR-rSSO 法 その他 不明
- ・ NRAS の検査： 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査
- ・ NRAS 検査で「陽性」であった際の NRAS-type：Codon 12 Codon 13 Codon 59
Codon 61 Codon 117 Codon 146 不明
- ・ NRAS 検査をした際の、NRAS-検査方法： PCR-rSSO 法 その他 不明
- ・ HER2 の検査： 陰性 陰性(1+) 境界域(2+) 陽性(3+) 判定不能 不明/未検査
- ・ EGFR(IHC)の検査： 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査
- ・ BRAF(V600)の検査： 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査

●1 ページ目でがん種区分を「**肝**」と選んだ際、下記の質問に**全て**教えてください**(必須)**

- ・ HBsAg の検査： 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査
- ・ HBs 抗体の検査： 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査
- ・ HBV-DNA(非必須)： () Log IU/mL
- ・ HCV 抗体の検査： 低 中 高 不明 or 未検査
- ・ HCV-RNA(非必須)： () Log IU/mL

●1 ページ目でがん種区分を「**膵臓**」と選んだ際、下記の質問に**全て**教えてください**(必須)**

- ・ gBRCA1 の検査： 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査
- ・ gBRCA2 の検査： 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査

●1 ページ目でがん種区分を「**皮膚**」と選んだ際、下記の質問に**全て**教えてください**(必須)**

- ・ BRAF(V600)の検査： 陰性 陽性 判定不能 不明 or 未検査

●1 ページ目でがん種区分を「**卵巣**」と選んだ際、下記の質問に**全て**教えてください**(必須)**

- ・ HRD の検査： HRD 陽性 tBRCA 陽性 HRD 陽性 tBRCA 陰性 HRP 不明 or 未検査
- ・ gBRCA1 の検査： 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査
- ・ gBRCA2 の検査： 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査

●1 ページ目でがん種区分を「**前立腺**」と選んだ際、下記の質問に**全て**教えてください**(必須)**

- ・ gBRCA1 の検査： 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査
- ・ gBRCA2 の検査： 陰性 陽性 判定不能 不明/未検査

【薬物療法(EP前)】※レジメン情報や有害事象が複数ある場合は、必要に応じてこちらのページをコピーして記入してください。(1治療につき1ページ使用です)

〈レジメン情報〉

●治療ライン：1次治療 2次治療 3次治療 4次治療 5次治療以降 不明

●実施目的(必須)：術前補助療法 術後補助療法 根治 緩和 その他

●実施施設(必須)：自施設(和泉市立総合医療センター) 他施設(和泉市立総合医療センター以外)

●レジメン名：

()

●薬剤名(必須)：薬剤名は省略せずにご記入お願いいたします。

()

※治験薬は「investigational Agent」と記載。

●投与時点の薬剤承認状況(必須)：適応内 適応外 未承認(治験薬)

●レジメン内容変更情報：変更コメントがあれば記載

()

●投与開始日(必須)： 年 月 日

●投与終了日(必須)： 年 月 日

※薬剤投与継続中であれば右記にチェック：継続中

●終了理由：計画通り終了 無効中止 副作用等で中止 本人希望で中止 その他で中止
不明

●最良総合効果(必須)：CR PR SD PD NE

●Grade3以上の有害事象の有無(必須)：Grade3以上なし Grade3以上あり

●Grade3以上の有害事象の有無を「あり」とした際、その有害事象の発現日(必須)：

 年 月 日

●Grade3以上の有害事象の有無を「あり」とした際、**CTCAEv5.0 名称英語を枠内に書いてください(必須)**：

()

●Grade3以上の有害事象の有無を「あり」とした際、**CTCAEv5.0 名称日本語を枠内に書いてください(必須)**：

()

●Grade3以上の有害事象の有無を「あり」とした際、**CTCAEv5.0 コードを書いてください(必須)**：

()

●Grade3以上の有害事象の有無を「あり」とした際、**CTCAEv5.0 最悪 Grade(必須)**：

3 4 5 不明

記載不備がある場合エキスパートパネル実施が困難(コスト請求不可)ですので、ご協力お願いします。