

2021 年度オプションサーベイ パラフィンブロックの DNA 品質チェック 調査回答用紙

施設名：

チューブ記載 No：

※「チューブ記載 No」はお送りしたチューブに記載されている番号を記載下さい。

※提出する検体の病理番号は各施設にて記録し、提出用チューブには記載しないで下さい。

※本外部精度評価結果(判定・回答及びアンケート記載内容)について、結果報告書や統計・解析、資料作成などに使用させて頂くことがございます。その際には、当該施設を識別できない状態として使用いたします。

※各施設からの検体は本サーベイ解析終了後、一定期間保管をさせて頂き、その後破棄いたします。

1. 選択した症例に関してご回答下さい。

- 1) FFPE ブロック作製情報：以下わかる範囲で可能な限り記載下さい。

工程	日時
手術日*	年 月 日 曜日
検体受付日	年 月 日 曜日
切り出し前の脱脂・脱灰の有無	脱脂（あり・なし）、脱灰（あり・なし）
切り出し日（切り出しのない症例は記載不要）	年 月 日 曜日
切り出し後の脱脂・脱灰の有無	脱脂（あり・なし）、脱灰（あり・なし）
自動包埋装置開始日時	年 月 日 曜日
FFPE ブロック作製終了日*	年 月 日 曜日

*2018 年 10 月～2019 年 1 月の期間内であることをご確認ください。

