

長庚醫療財團法人高雄長庚紀念醫院

高雄市鳥松區大埤路 123 號 TEL: 07-7317123-2717

EGFR mutation 檢驗同意書

患者_____ (病歷號碼：_____，民國____年____月____日
生)，於民國____年____月間於本院接受病理切片，目前由_____醫師
進行診治。茲因治療上需要，擬請本院解剖病理科提供患者該次手術
之腫瘤組織切片(病理編號：_____)，以執行進一步之檢驗分析。

費用給付：

自費檢驗

(1) Lung cancer, Adenocarcinoma、 Other cancer types

(2) Stage 1, 2, 3a, 3b, 4

廠商贊助檢驗

(1) Lung cancer, adenocarcinoma

(2) Stage 3b, 4

1. 癌症分子診斷項目：C77-104-U_EGFR (EXON18~21)

2. 所需之切片：供 DNA 萃取之蠟塊組之切片共 3 片(厚度 10 μm)

3. 其他特殊需求：_____

此致 高雄長庚紀念醫院解剖病理科

病人或代理人：_____

(代理人與病人之關係：_____)

中華民國_____年____月____日