

エアデック mini 検査依頼書

病院名	
病院ID	
ご担当医	先生

オーナー名 (カタカナ)	様
ペット名	ちゃん
動物種	<input type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫 <input type="checkbox"/> その他 ()
品種	
年齢	歳 月
性別	<input type="checkbox"/> オス <input type="checkbox"/> 今回去勢 <input type="checkbox"/> 去勢オス <input type="checkbox"/> メス <input type="checkbox"/> 今回避妊 <input type="checkbox"/> 避妊メス

* 検査可能薬剤の詳細についてはメニュー表をご覧ください。

* 枠内に入りきらない場合は特記事項へのご記入をお願いいたします。

希望検査

- 抗がん剤感受性検査
- 基本2剤
 - 薬剤追加(+ 剤)
 - スクリーニング(10剤)
 - 上皮系(11剤) 非上皮系(11剤) 血管肉腫 泌尿器系
 - 乳腺腫瘍 リンパ腫(11剤) 肥満細胞腫 悪性黒色腫 鼻腔腫瘍
 - エキゾ上皮系(5剤) エキゾ非上皮系(5剤)

◎検査薬剤

- | | | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ドキソルビシン | <input type="checkbox"/> シクロホスファミド | <input type="checkbox"/> ラパチニブ | <input type="checkbox"/> ダカルバジン | <input type="checkbox"/> アクチマイシンD | <input type="checkbox"/> L-アスパラギナーゼ |
| <input type="checkbox"/> ミトキサントロン | <input type="checkbox"/> メルファラン | <input type="checkbox"/> ソラフェニブ | <input type="checkbox"/> ロムスチン | <input type="checkbox"/> イマチニブ | <input type="checkbox"/> ヒドロキシウレア |
| <input type="checkbox"/> カルボプラチン | <input type="checkbox"/> ゲムシタビン | <input type="checkbox"/> トセラニブ | <input type="checkbox"/> ニムスチン | <input type="checkbox"/> マチニブ | <input type="checkbox"/> その他 |
| <input type="checkbox"/> シスプラチン | <input type="checkbox"/> ビルルビシン | <input type="checkbox"/> ビンクリスチン | <input type="checkbox"/> クロラムブシル | <input type="checkbox"/> Verdinexor | () |
| <input type="checkbox"/> パクリタキセル | <input type="checkbox"/> ビンブラスチン | <input type="checkbox"/> プレドニゾロン | <input type="checkbox"/> モトレキサート | <input type="checkbox"/> フロカルバジン | |

* 薬剤の指定がない場合は、弊社指定での検査となります。

- 病理組織検査 — オプション: 免疫染色 心臓病理(診断医:町田) お急ぎ病理組織検査(診断医:町田)
- 細胞診
- 遺伝子検査 — 右から選択してください: BRAF c-kit ラフォラ病 リンパ球クローナリティ検査

採材部位		全組織数	個	送付容器数	個
切除方法	<input type="checkbox"/> 完全切除 <input type="checkbox"/> 部分切除	送付方法	<input type="checkbox"/> 全てを送付 <input type="checkbox"/> 一部を送付		
病変の大きさ	× × cm	病変の数	<input type="checkbox"/> 単発 <input type="checkbox"/> 多発 <input type="checkbox"/> びまん性		
転移の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 不明	転移部位 (転移有の場合)			

【現在の症状と治療歴をなるべく詳しく記入してください】* 検査に至った過程、摘出時の状況など

本検査は、学会発表や論文にデータを使用させていただくことがあります。また、検体としてお預かりした細胞の一部を研究目的に使用させていただくことをお願い申し上げます。ご同意されない場合は恐れ入りますが以下までご連絡ください。

【弊社記入欄】

検体番号	<input type="checkbox"/> 脱灰
	<input type="checkbox"/> 特染・免疫
	<input type="checkbox"/> その他

〒183-0054

東京都府中市幸町1丁目25-15 102号

TEL【042-707-7674】

FAX【042-707-7642】

E-mail:mini@airdec.jp

送付先

エアデック mini