

檢測申請單 Test Request Form

Germline BRCA Testing for Triple-Negative Breast

Specimen Information & Clinical Information 檢體資料及診所資料

試管上請註明受測者的姓名, 出生日期以及採檢日期

採檢日期 (MM/DD/YYYY): _____

採檢類型: 血液 – 全血 (至少需要3毫升全血。)

醫院/診所名稱: 戴德森醫療財團法人嘉義基督教醫院 醫護人員聯絡電話: 05-2765041#5219

醫院/診所地址: 600566嘉義市東區忠孝路539號

醫院聯絡人姓名 (醫護人員): 李媿諭 醫護人員電郵: 13822@cych.org.tw

主治醫師姓名: _____ 主治醫師電郵: _____

其他需收件報告者電郵信箱: _____

(待受測者報告釋出時, 將電郵報告給主治醫師以及醫護人員)

*醫師簽署: _____

Patient's Information 受測者資料

姓名請同時填寫中文及英文

受測者名字: _____ 受測者姓氏: _____ 性別: _____

出生日期 (MM/DD/YYYY): _____ 病歷號碼: _____

Patient's Personal History of Cancer & Other Clinical Information 受測者病歷

TNBC 三陰性乳癌期別

期別: III 期 IV 期 其他: _____

2. 罹癌年紀: _____
3. 療程狀態: (請勾選一個選項) (請勾選一個選項)
- | | |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 進行中 | <input type="checkbox"/> 1st line Chemotherapy |
| <input type="checkbox"/> 已完成 | <input type="checkbox"/> 2nd line Chemotherapy |
| <input type="checkbox"/> 復發 | <input type="checkbox"/> 3rd line or beyond Chemotherapy |
- Others (please specify): _____

Test Selection 檢測項目

*請勾選施作的檢測基因數---請勾擇 A 或 B *

A. BRCA1 and BRCA2 STAT Panel (2基因)

Gene: BRCA1 BRCA2

B. 84-Gene Multi-Cancer Panel (84基因)

(補充說明: 如勾選此選項, 將收件2基因+84基因的報告)

Gene: AIP ALK APC ATM AXIN2 BAP1 BARD1 BLM BMPR1A BRCA1 BRCA2 BRIP1 CASR CDC73 CDH1 CDK4 CDKN1B CDKN1C CDKN2A CEBPACHEK2 CTNNA1 DICER1 DIS3L2 EGFR EPCAM FH FLCN GATA2 GPC3 GREM1 HOXB13 HRAS KIT MAX MEN1 METMITF MLH1 MSH2 MSH3 MSH6 MUTYH NBN NF1 NF2 NTHL1 PALB2 PDGFRA PHOX2B PMS2 POLD1 POLE POT1 PRKAR1A PTCH1 PTEN RAD50 RAD51C RAD51D RB1 RECQL4 RET RUNX1 SDHA SDHAF2 SDHB SDHC SDHD SMAD4 SMARCA4 SMARCB1 STK11 SUFU TERC TERT TMEM127 TP53 TSC1 TSC2 VHL WRN WT1