



关注我们

* 姓名 Name		住院/门诊号 Inpatient/OPD	* 条形码 Bar code	
* 性别 Sex	* 年龄 Age	病区/科室 Ward/Department		
肿瘤组织含量： % (需>20%)		病房/病号 Ward/No.	* 申请单位 The applicant	
* 临床诊断结果 (疾病, 分期)		* 申请医生 Request doctors	联系电话 Phone	
临床已用药信息 (如靶向药, 化疗药)		* 采样时间 Sample time	* 送样时间 Send time	
		年Y 月M 日D 时H	年Y 月M 日D 时H	

样本信息	* 样本类型	<input type="checkbox"/> 蜡块	<input type="checkbox"/> 石蜡切片	<input type="checkbox"/> 穿刺新鲜组织	<input type="checkbox"/> 手术新鲜组织	<input type="checkbox"/> 外周血	<input type="checkbox"/> 干血斑
	* 样本数量	块	片	条	块	支	份

常规分子基因检测项目	<input type="checkbox"/> EGFR基因突变检测	<input type="checkbox"/> 肠癌KRAS+NRAS+BRAF基因突变检测	<input type="checkbox"/> 乳腺癌HER-2扩增检测 (FISH)
	<input type="checkbox"/> 肺癌EML4-ALK+ROS1+RET融合基因检测	<input type="checkbox"/> PIK3CA+PTEN突变基因突变检测	<input type="checkbox"/> 脑胶质瘤6项检测
	<input type="checkbox"/> 肺癌EGFR基因突变+EML4-ALK+ROS1+RET融合基因检测	<input type="checkbox"/> 肠癌KRAS+NRAS+BRAF+PIK3CA+PTEN突变基因突变检测	<input type="checkbox"/> NTRK1/2/3融合基因检测
	<input type="checkbox"/> 肺癌靶向药物基因分型检测 (9基因突变)	<input type="checkbox"/> 胃癌HER-2扩增检测 (FISH)	<input type="checkbox"/> BRCA1/2突变检测
	<input type="checkbox"/> 肺癌靶向药物综合分型检测 (9基因突变+3基因融合)	<input type="checkbox"/> 胃肠道间质瘤cKIT+PDGFRA基因突变检测	<input type="checkbox"/> 乳腺癌21基因检测
	<input type="checkbox"/> 肺癌靶向药物综合分型检测+肺癌化疗毒副作用分析基因检测	<input type="checkbox"/> 甲状腺癌BRAF+TERT突变检测	<input type="checkbox"/> 病理检查与诊断 (小标本)
	<input type="checkbox"/> 免疫治疗超进展及耐药评估	<input type="checkbox"/> MMR蛋白 (MLH1、MSH2、MSH6、PMS2) 免疫组化	
<input type="checkbox"/> PD-1/PD-L1表达检测	<input type="checkbox"/> MSI微卫星不稳定检测		

化疗毒副作用基因检测	<input type="checkbox"/> 非小细胞肺癌	<input type="checkbox"/> 小细胞肺癌	<input type="checkbox"/> 胃癌	<input type="checkbox"/> 结直肠癌	<input type="checkbox"/> 肝胆肿瘤
	<input type="checkbox"/> 乳腺癌	<input type="checkbox"/> 胰腺癌	<input type="checkbox"/> 宫颈癌	<input type="checkbox"/> 卵巢癌	<input type="checkbox"/> 黑色素瘤
	<input type="checkbox"/> 肾癌	<input type="checkbox"/> 膀胱癌	<input type="checkbox"/> 食管癌	<input type="checkbox"/> 头颈癌	<input type="checkbox"/> 淋巴瘤
	<input type="checkbox"/> 十二指肠癌	<input type="checkbox"/> 贲门癌	<input type="checkbox"/> 肿瘤化疗毒副作用分析全基因检测		

液体活检套餐	<input type="checkbox"/> 肺癌经典套餐	<input type="checkbox"/> 肺癌个性化套餐	<input type="checkbox"/> 胃癌	<input type="checkbox"/> 结直肠癌	<input type="checkbox"/> 食管癌
	<input type="checkbox"/> 甲状腺癌	<input type="checkbox"/> 乳腺癌	<input type="checkbox"/> 卵巢癌	<input type="checkbox"/> 黑色素瘤	<input type="checkbox"/> 前列腺癌
	<input type="checkbox"/> 膀胱癌	<input type="checkbox"/> 肾癌	<input type="checkbox"/> 脑癌	<input type="checkbox"/> 神经胶质瘤	<input type="checkbox"/> 胆系肿瘤
	<input type="checkbox"/> 肝癌	<input type="checkbox"/> 胰腺癌	<input type="checkbox"/> 实体瘤个性化套餐	<input type="checkbox"/> 实体瘤全面用药套餐	<input type="checkbox"/> 实体瘤综合用药套餐 (全外显子)

报告回寄地址	省	市	区(县)	回寄联系人	样本返还
				回寄电话	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

知情同意	1. 请将表中的信息完整填写后与样品一起送交。若相关信息不全请填写(无或/)但其信息不完全引发的纠纷自行负责。如有其他需要和本申请单送检的信息请一并附上交于接收人员。	医师提供咨询及处理意见。本检测样本源自受检者病理组织, 血液, 体液及其他人体组分的DNA。	患者/家属签字
	2. 为确保实验结果的准确和及时请按照标本采集要求进行送检。对未达到采集要求的标本经评估后退回检测。	4. 我已了解该检测的意义, 并承担该检测结果所致的后续风险; 也已被明确告知现有的检测方法并不能达到100%的检测准确率, 本次检测结果可能被用于科学研究。我也充分理解报告中所涉及的该疾病的检测结果仅对本次送检样本有效。	
	3. 本检测仅对送检样本负责, 检测结果仅供参考, 不代表临床诊断意见, 需由临床		

接收时间 Receive time	年Y 月M 日D 时H	接收人 Receiver	备注
-------------------	-------------	--------------	----



关注我们

* 姓名 Name		住院/门诊号 Inpatient/OPD	* 条形码 Bar code	
* 性别 Sex	* 年龄 Age	病区/科室 Ward/Department		
肿瘤组织含量： % (需>20%)		病房/病号 Ward/No.	* 申请单位 The applicant	
* 临床诊断结果 (疾病, 分期)		* 申请医生 Request doctors	联系电话 Phone	
临床已用药信息 (如靶向药, 化疗药)		* 采样时间 Sample time	* 送样时间 Send time	
		年Y 月M 日D 时H	年Y 月M 日D 时H	

样本信息	* 样本类型	<input type="checkbox"/> 蜡块	<input type="checkbox"/> 石蜡切片	<input type="checkbox"/> 穿刺新鲜组织	<input type="checkbox"/> 手术新鲜组织	<input type="checkbox"/> 外周血	<input type="checkbox"/> 干血斑
	* 样本数量	块	片	条	块	支	份

常规分子基因检测项目	<input type="checkbox"/> EGFR基因突变检测	<input type="checkbox"/> 肠癌KRAS+NRAS+BRAF基因突变检测	<input type="checkbox"/> 乳腺癌HER-2扩增检测 (FISH)
	<input type="checkbox"/> 肺癌EML4-ALK+ROS1+RET融合基因检测	<input type="checkbox"/> PIK3CA+PTEN突变基因突变检测	<input type="checkbox"/> 脑胶质瘤6项检测
	<input type="checkbox"/> 肺癌EGFR基因突变+EML4-ALK+ROS1+RET融合基因检测	<input type="checkbox"/> 肠癌KRAS+NRAS+BRAF+PIK3CA+PTEN突变基因突变检测	<input type="checkbox"/> NTRK1/2/3融合基因检测
	<input type="checkbox"/> 肺癌靶向药物基因分型检测 (9基因突变)	<input type="checkbox"/> 胃癌HER-2扩增检测 (FISH)	<input type="checkbox"/> BRCA1/2突变检测
	<input type="checkbox"/> 肺癌靶向药物综合分型检测 (9基因突变+3基因融合)	<input type="checkbox"/> 胃肠道间质瘤cKIT+PDGFRA基因突变检测	<input type="checkbox"/> 乳腺癌21基因检测
	<input type="checkbox"/> 肺癌靶向药物综合分型检测+肺癌化疗毒副作用分析基因检测	<input type="checkbox"/> 甲状腺癌BRAF+TERT突变检测	<input type="checkbox"/> 病理检查与诊断 (小标本)
	<input type="checkbox"/> 免疫治疗超进展及耐药评估	<input type="checkbox"/> MMR蛋白 (MLH1、MSH2、MSH6、PMS2) 免疫组化	
<input type="checkbox"/> PD-1/PD-L1表达检测	<input type="checkbox"/> MSI微卫星不稳定检测		

化疗毒副作用基因检测	<input type="checkbox"/> 非小细胞肺癌	<input type="checkbox"/> 小细胞肺癌	<input type="checkbox"/> 胃癌	<input type="checkbox"/> 结直肠癌	<input type="checkbox"/> 肝胆肿瘤
	<input type="checkbox"/> 乳腺癌	<input type="checkbox"/> 胰腺癌	<input type="checkbox"/> 宫颈癌	<input type="checkbox"/> 卵巢癌	<input type="checkbox"/> 黑色素瘤
	<input type="checkbox"/> 肾癌	<input type="checkbox"/> 膀胱癌	<input type="checkbox"/> 食管癌	<input type="checkbox"/> 头颈癌	<input type="checkbox"/> 淋巴瘤
	<input type="checkbox"/> 十二指肠癌	<input type="checkbox"/> 贲门癌	<input type="checkbox"/> 肿瘤化疗毒副作用分析全基因检测		

液体活检套餐	<input type="checkbox"/> 肺癌经典套餐	<input type="checkbox"/> 肺癌个性化套餐	<input type="checkbox"/> 胃癌	<input type="checkbox"/> 结直肠癌	<input type="checkbox"/> 食管癌
	<input type="checkbox"/> 甲状腺癌	<input type="checkbox"/> 乳腺癌	<input type="checkbox"/> 卵巢癌	<input type="checkbox"/> 黑色素瘤	<input type="checkbox"/> 前列腺癌
	<input type="checkbox"/> 膀胱癌	<input type="checkbox"/> 肾癌	<input type="checkbox"/> 脑癌	<input type="checkbox"/> 神经胶质瘤	<input type="checkbox"/> 胆系肿瘤
	<input type="checkbox"/> 肝癌	<input type="checkbox"/> 胰腺癌	<input type="checkbox"/> 实体瘤个性化套餐	<input type="checkbox"/> 实体瘤全面用药套餐	<input type="checkbox"/> 实体瘤综合用药套餐 (全外显子)

报告回寄地址	省	市	区(县)	回寄联系人	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
				回寄电话	

知情同意	1. 请将表中的信息完整填写后与样品一起送交。若相关信息不全请填写(无或/)但由其信息不完全引发的纠纷自行负责。如有其他需要和本申请单送检的信息请一并附上交于接收人员。	医师提供咨询及处理意见。本检测样本源自受检者病理组织, 血液, 体液及其他人体组分的DNA。	患者/家属签字
	2. 为确保实验结果的准确和及时请按标本采集要求进行送检。对未达到采集要求的标本经评估后退回检测。	4. 我已了解该检测的意义, 并承担该检测结果所致的后续风险; 也已被明确告知现有的检测方法并不能达到100%的检测准确率, 本次检测结果可能被用于科学研究。我也充分理解报告中所涉及的该疾病的检测结果仅对本次送检样本有效。	
	3. 本检测仅对送检样本负责, 检测结果仅供参考, 不代表临床诊断意见, 需由临床		

接收时间 Receive time	年Y 月M 日D 时H	接收人 Receiver	备注
-------------------	-------------	--------------	----