**エキスパートパネル　レポート(分子病理専門医　資格更新用)**

様式 3

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申請者氏名** |  | | | | | |
| **分子病理専門医番号** |  | **分子病理専門医初回認定年** | 20 |  | 年 | 4月1日 |
| **病理専門医番号** |  | **口腔病理専門医番号** |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **エキスパートパネル参加日（西暦）** | 西暦 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| **エキスパートパネル開催施設名**  がんゲノム医療中核拠点病院またはがんゲノム医療拠点病院に限る |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **疾患名・病理診断名** |  | | | |
| **遺伝子パネル検査名** |  | | | |
| **用いたFFPE検体** |  | 病理検体での  腫瘍細胞含有割合※ |  | ％ |
| **【レポート記載欄**  エキスパートパネルで議論された症例のうち、「C-CAT エビデンスレベル(EL) D以上の遺伝子変化が検出された症例」を選択し、指摘された遺伝子変化などについて下欄に記入して、最終的にどのような治療が候補となったか、また分子病理専門医の立場から、病理学的に必要な免疫染色や追加検討すべきと考えられた点があればそれも記載してください。さらに二次的所見に関して、患者からの開示の希望があったかどうか、また検査によって見つかった二次的所見があれば、その遺伝子変化を記載し、その場合の対応等についても考えを記載してください。 | | | | |
| ①：検出された主な遺伝子変化（EL D以上の変異およびVUSを含む：主な遺伝子変化を含み、他は聞き取れた遺伝子変化のみについての記載でも可とする）：  ②：検討内容の要約：  ③：病理に関連して検討された事項（追加免疫染色など）あるいは先生ご自身が検討すべきと考えたこと：  ④：推奨される治療薬等や臨床治験等：  ⑤：二次的所見の開示の希望と二次的所見の有無、またその対応に関して： | | | | |

・太枠内をもれなく記入しA4サイズ表1枚に収まるように印刷すること（レポートは欄に収まるよう記載すること）

※腫瘍細胞含有割合に関してはレポートに記載がない場合あるいは聞き取れなかった場合には空欄でも可とする。