**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** |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **症例（該当にチェック）①②③を選択場合は右側日付入力必須** | 1. エキスパートパネル出席日、②③講習会参加日 | | | | | | |
| **□①：自験例** |
| **□②：2025年度開催分子病理専門医更新講習会過去問** | 西暦 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| **□③：2025年度開催分子病理専門医講習会過去問** |  | | | | | | |
| **□④：分子病理専門医更新用架空症例** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **疾患名・病理診断名** |  | | | |
| **がん遺伝子パネル検査名** |  | | | |
| **用いたFFPE検体**\*1 |  | 病理検体での  腫瘍細胞含有割合\*1 |  | ％ |
| **【レポート記載欄】**  選択した症例に対し，「C-CAT エビデンスレベル(EL) D以上の遺伝子変異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るか，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，患者からの二次的所見の開示の希望と二次的所見の有無について記載し，二次的所見に該当する遺伝子変化やその対応等について記載してください． | | | | |
| 1. ：検出された主な遺伝子変異・発現解析結果など（EL D以上の変異およびVUSを含む））： 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**\*2**： 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1枚に収まるように作成しpdf化すること（レポートは欄に収まるよう記載すること）．

\*1：リキッド症例の場合には，記載しない．

\*2：③に関しては，治療・病理診断のため追加の免疫染色を行った，もしくは免疫染色を行うことが望ましいと考えられた，検出された遺伝子変異などが病理診断名を支持する結果であった，または検出された遺伝子変異などから病理診断名の再検討が行われた，など検討内容を記載してください．審査において③の項目の検討（検討内容が記載されていれば必ずしも実施する必要はなし）がなかった場合には，再提出を求める場合があります．