

## 「CTC検体情報確認書」

(一社)日本先進医療臨床研究会  
 TEL:03-5542-1597, FAX:03-4333-0803

<b>1 解析受託名称</b>	CTC測定
<b>2 検体名</b>	末梢血液
<b>3 検体数</b>	
<b>4 主な検体提供者</b>	<input type="checkbox"/> 健常人 <input type="checkbox"/> 疾患患者
<b>5 感染性の確認</b> (必ずご記入ください。)	バイオセーフティレベル <input type="checkbox"/> BSL3 <input type="checkbox"/> BSL2 <input type="checkbox"/> BSL1 <input type="checkbox"/> 非該当 ●バイオセーフティレベル3以上のウイルス(HIVを含む)、微生物等の感染の有無 <input type="checkbox"/> 臨床検査で否定されている <input type="checkbox"/> 臨床所見から可能性は極めて低い <input type="checkbox"/> 感染の可能性がある <input type="checkbox"/> 感染が確認されている (種類: _____)
	●HBV, HCV感染の有無 <input type="checkbox"/> 臨床検査で否定されている <input type="checkbox"/> 臨床所見から可能性は極めて低い <input type="checkbox"/> 感染の可能性がある <input type="checkbox"/> 感染が確認されている (種類: _____)
	●その他バイオセーフティレベル2以下のウイルス、微生物等の感染の有無 <input type="checkbox"/> 臨床検査で否定されている <input type="checkbox"/> 臨床所見から可能性は極めて低い <input type="checkbox"/> 感染の可能性がある <input type="checkbox"/> 感染が確認されている (種類: _____)
<b>6 その他、サンプルの感染性・病原性微生物等の情報がございましたら、ご記載下さい。</b>	

### 受託依頼者

ご所属 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_ 印

ご連絡先 (TEL/FAX) \_\_\_\_\_

(E-mail) \_\_\_\_\_

ご記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

上記内容を確認後、弊社解析担当者から解析作業の可否をご連絡いたします。ご依頼の内容によっては、弊社での審議・承認にお時間を頂戴することがございますが、何卒ご理解のほどお願い申し上げます。  
 弊社ではバイオセーフティレベル3以上の微生物や安全性が確認できない検体(以下参照)は受け入れておりません。ご了承ください。  
 ただし、お客様ご自身で感染性微生物を不活化されている検体は除きます。

- (1) 「国立感染症研究所病原体等安全管理規程 <http://www0.nih.go.jp/niid/Biosafety/kanrikitei3/>」に準じて、ヒトに対する病原性レベルが、バイオセーフティレベル3以上の微生物等に感染している、あるいは感染している疑いのある患者由来の検体
- (2) その他、弊社作業者の安全性確保が難しいと判断される検体。

※本件に対する問い合わせ先: 日本先進医療臨床研究会 (03-5542-1597 平日10時~17時土日祝休)