

國立成功大學醫學院附設醫院

辦理病人申請病理組織剩餘檢體流程說明

- 一、病人申請本院病理組織剩餘檢體使用時，需填立「病理組織剩餘檢體使用申請書」。
- 二、臨床醫師依申請書開立醫囑：
 1. 調蠟塊至切白片-批價代碼: 8123023；自費價:118 元/片。
 2. 組織石蠟捲切取-批價代碼: 8123023；自費價:118 元/捲，**如申請 5 捲，即需批 8123023 X 5。**
 3. 調組織蠟塊至 H&E 染色片-批價代碼: 8123026；自費價:141 元/片。
 4. 調組織石蠟塊-批價代碼: 8123028；自費價:24 元/塊。
- 三、病人執行批價繳費流程。
- 四、臨床單位檢送以下資料至「病理部收受中心」。
 1. 「病理組織剩餘檢體使用申請書」。
 2. 檢附已完成繳費之批價單。
- 五、病理部受理申請作業，完成後通知「申請人」至病理部外科病理組取檢，申請人核對檢體數量無誤後簽署「病理組織剩餘檢體取件證明書」。委託人員取件，需填具「病理組織剩餘檢體取件委託書」並檢附雙方身份證正反面影本供本院查對。未檢附委託書及相關資料者，本院得拒絕受理。

國立成功大學醫學院附設醫院
病理組織剩餘檢體使用申請書

本人_____身份證字號_____ (病歷號_____)

曾於貴院接受診療，現因病情需要須接受院外臨床治療或檢測，茲向貴院申請病理組織剩餘檢體使用。

申請之病理組織剩餘檢體如下：

組織石蠟捲切取：(_____ μ mX_____捲)。 (批價碼 8123023/1 捲/1 件)

病理組織白片切取：_____片。 (批價碼 8123023/1 片/1 件)

病理組織 H&E 染色片：_____片。 (批價碼 8123024/1 片/1 件)

組織石蠟塊：_____塊；病理編碼：_____ (批價碼 8123028/件)

其他：_____

本人：_____ (簽章)

身份證字號：

住址：

電話：

日期：西元 年 月 日

註:由代理人申請者，須檢附委託書。委託書應記載病人及代理人雙方之基本資料(包含姓名、出生年月日、身份證字號、戶籍地址、電話及委託代理事項)，並檢附雙方身份證正反面影本供本院查對。未檢附委託書及相關資料者，本院得拒絕受理。

國立成功大學醫學院附設醫院
病理組織剩餘檢體取件證明書

本人_____身份證字號_____於_____年_____月
_____日，向貴院申請病理組織剩餘檢體供院外治療或檢測使用。

申請之病理組織剩餘檢體如下：

組織石蠟捲切取：(_____ μ mX_____捲)。

病理組織白片切取：_____片。

病理組織 H&E 染色片：_____片。

組織石蠟塊：_____塊；病理編碼：_____

其他：_____

所申請之病理組織剩餘檢體經核對無誤，特此證明。

本人或代理人：_____ (簽章)

(代理人與本人之關係：_____)

身份證字號：

住址：

電話：

日期：西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日

註:由代理人取件者，須檢附委託書。委託書應記載病人及代理人雙方之基本資料(包含姓名、出生年月日、身份證字號、戶籍地址、電話及委託代理事項)，並檢附雙方身份證正反面影本供本院查對。未檢附委託書及相關資料者，本院得拒絕取件。

國立成功大學醫學院附設醫院
病理組織剩餘檢體取件委託書

本人_____因故不克前往成大醫院之「申請病理組織剩餘檢體」取件，故委託_____代為辦理相關事宜。

此致

委託人簽名或蓋章：_____

委託人身分證字號：_____

委託人地址：_____

委託人電話：_____

受委託人簽名或蓋章：_____

受委託人身分證字號：_____

受委託人地址：_____

受委託人電話：_____

日期：西元 年 月 日

註：由代理人取件者，須檢附委託書。委託書應記載病人及代理人雙方之基本資料(包含姓名、出生年月日、身分證字號、戶籍地址、電話及委託代理事項)，並檢附雙方身分證正反面影本供本院查對。未檢附委託書及相關資料者，本院得拒絕取件。