

自己点検事項

◇ がんゲノムプロファイリング検査(D006-19)

- (1)がんゲノム医療中核拠点病院、がんゲノム医療拠点病院又はがんゲノム医療連携病院である。  
( 適 ・ 否 )
- (2)次世代シーケンシングを用いた検査に係る適切な第三者認定を受けている。ただし、当該検査を同様の第三者認定を受けた衛生検査所に委託する場合はこの限りでない。 ( 適 ・ 否 )
- (3)患者からの求めに応じて、当該患者のシーケンスデータ(FASTQ又はBAM)、解析データ(VCF又はXML)等を患者に提供できる体制を整備している。 ( 適 ・ 否 )
- (4)次に掲げる事項を記載した管理簿等を作成し、当該検査を実施した全ての患者について管理簿等により管理している。 ( 適 ・ 否 )

- ア 検査を実施した者の氏名及びID
- イ 検体を衛生検査所等に発送した年月日
- ウ 衛生検査所等からの解析結果の受取の有無及び受け取った年月日
- エ がんゲノム医療中核拠点病院又はがんゲノム医療拠点病院でエキスパートパネルが開催された年月日
- オ エクスパートパネルから検査結果を受け取った年月日
- カ 検査結果を患者に説明した年月日
- キ 検査結果を説明した後、がんゲノム情報管理センター(C-CAT)等からの情報に基づいた、臨床試験又は治験等の新たな治療方針の説明の有無及び説明した年月日
- ク C-CATへのデータ提出及びデータの二次利用に係る患者の同意の有無
- ケ C-CATに対してシーケンスデータ、解析データ及び臨床情報等を提出した年月日

点検に必要な書類等

・当該検査を実施した全ての患者の検査状況等が分かる管理簿等

医療機関コード  
保険医療機関名