

**PATHOLOGY DIAGNOSTIC CENTER CO.,LTD.**

บจก. พาโทโลจี ไดแอกโนสติก เซ็นเตอร์

1011/2 ถ.อรุณอมรินทร์ แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กทม. 10700

Tel : 02-8668966-7 Fax : 02-8668970

Email : [manager@thaipatho.com](mailto:manager@thaipatho.com)**REQUEST FOR FISH**

(เลขที่การตรวจ Record no.)

**Please complete the form, otherwise the process may delay in some cases.**Name : Lastname : Sex  Male  Female Age Y

Hospital/Clinic HN:

 IPD, AN :  OPD, appointment date : ID Card :

Underlying Disease / Previously Pathological Report : DOB :

Clinical information :

Clinical impression :

Specimen type :

**FISH study for :****HEMATOLOGIC** MYC break apart BCL2 break apart BCL6 break apart IgH break apart IgK break apart IgL break apart MALT1 break apart FISH package for evaluation of double hit lymphoma Chromosome 3 enumeration Chromosome 18 enumeration CCND1 break apart BCR/ABL1 fusion gene PML/RARA fusion gene DUSP 22 break apart**OTHER** ALK break apart ROS1 break apart HER2 gene amplification N-MYC gene amplification EWSR-1 break apart SS18 (or SYT or SSXT) break apart

Clinician name: Medical ID: Tel:

**For Pathology Diagnostic Center officer**

Pathologist Technician :

วันที่รับส่งตรวจ : Code ราคา :

จำนวนบล็อกและสไลด์ที่ได้รับมา  จำนวนบล็อก ..... บล็อก  จำนวนสไลด์ ..... แผ่น

Remark :