

* 必填資訊Mandatory

送件單編號：_____

Patient Information
病人基本資料

病人基本資料

姓 Last Name*	名 First Name*	性別 Gender* <input type="checkbox"/> 男性M <input type="checkbox"/> 女性F
生日(日/月/西元年) Birthday* / /	電子郵件 Email*	
聯絡地址 Address		
聯絡電話 Phone		

Ordering Information
委託單位基本資料

委託單位基本資料

臨床醫師資料 Physician Information

醫院/機構名稱 Institution Name*	委託醫師 Ordering Physician*	委託日期 Ordering Date* / /
聯絡電話 Phone	電子郵件 Email*	

病理醫師資料 Pathologist Information

醫院 / 機構名稱 Institution Name	病理醫師 Ordering Pathologist
聯絡電話 Phone	電子郵件 Email

委託檢測項目

<input type="checkbox"/> OncoDEEP - Tumor block	<input type="checkbox"/> OncoSTRAT&GO - Tumor block and 2 Tubes Whole Blood
<input type="checkbox"/> OncoSELECT - 2 Tubes Whole Blood <input type="radio"/> Non Small Cell Lung Cancer <input type="radio"/> HR+ Breast Cancer <input type="radio"/> Colorectal Cancer <input type="radio"/> HER2+ Breast Cancer	
<input type="checkbox"/> OncoTRACE - 2 Tubes Whole Blood	

Clinical Information
病人臨床檢體資訊

臨床相關資訊

癌症確診種類 Diagnosis*	癌症分期 Cancer Stage*	確診日期 Diagnosis Date* / /
腫瘤原發部位 Tumor Primary Site*	腫瘤轉移部位 Current Site of Metastases	
檢體來源部位 Sample Source*	檢體採集時間 Sample Collection Date* / /	
曾經接受過的醫療處置 (手術或藥物) Previous Systemic Therapies*		
目前接受的醫療處置 Current Therapy*		