

国立循環器病研究センター 創薬オミックス解析センター

心筋症遺伝子検査

外部施設からの血液サンプル送付要領

血液をお送りいただく際は、下記を参考にご送付ください。

【書類関係】

- ☐ 診療情報提供書または退院時サマリー：病歴（初発年齢、経過、治療とその反応など）
- ☐ 心電図
- ☐ 心エコー・CT・MRI・心カテなどの検査所見
- ☐ 症例登録用紙（疾患に合わせて登録用紙をお使いください）
- ☐ 説明同意書（15歳以下の場合は代諾者が署名する）
- ☐ インフォームド・アセント（10-15歳の場合。本人が署名する書類）
- ☐ 国循バイオバンク意思確認書（バイオバンクへの参加に同意される場合）

- ・ 患者さん本人が10-15歳の場合、代諾者が通常の同意書に署名し、本人はインフォームド・アセントに署名し、両方の原本を提出してください。
- ・ 10歳未満または16歳以上の場合はアセントは不要です。
- ・ 発端者以外のご家族の方の採血も同時に送って頂くことは可能ですが、その場合も同意書・心電図などは1人ずつ必要です。
- ・ 可能であれば国循バイオバンクへの参加の同意もお願いします。
- ・ 名前・住所などの個人情報は匿名化し、その対応表を研究等個人情報管理室で保管します。

【血液について】

- ・ 採血管は通常の末梢血用の紫キャップのEDTA用採血管をご使用ください。
- ・ 本人：7ml 2本（または5ml 3本）（15歳以下の場合は7ml 1本または5ml 2本です）
- ・ 本人：バイオバンクへの参加に同意される場合は7ml 1本（または5ml 2本）の追加採血をお願いします。
- ・ 家族：7ml 1本（または5ml 1本）
- ・ 遠心・冷凍をしないでください

採血管に必ず氏名をご記入ください(本人のものとの確認のため)

【発送について】

- ・ 発泡スチロール等に梱包し、クール便（4℃冷蔵）でお送りください。
- ・ 到着日を平日昼間（冷蔵保管の都合上、16時までの到着時間指定のこと）

- ・ 郵送日が決まりましたら、準備の都合で郵送日を事前に石川泰輔室長までメールでご連絡下さい(ishitai@ncvc.go.jp)。
- ・ 送料は発送元でご負担ください。

送付先

〒564-8565 大阪府吹田市岸部新町 6 番 1 号

国立循環器病研究センター

創薬オミックス解析センター

TEL 06-6170-1069 (内線 31043), FAX 06-6170-1602

冷蔵(4℃)保冷用
の容器に梱包をし
てください。

【検査料・検査方法。その他】

- ・ 科学研究費・AMED など研究代表者がもつ国の研究費を用いて検査を行いますますので、検査料は、無料です。
- ・ 本研究では、DCM, ARVC, PCCD-DCM など重症心不全を伴う心筋症の遺伝子解析研究を目的としております。当科では原則として通常の HCM は遺伝子解析の対象としておりません。しかし症例によっては解析をさせていただく場合もありますので、お問い合わせください。
- ・ 診断精度を上げるために、できる限り家族の方の採血と臨床情報も同時に送ってください（家族はあとで送っていただいても結構です）。解析は通常発端者に対して先に行いその後家族の解析を行います、場合によっては同時に行うこともあります。
- ・ 家族で、遠方のため病院に受診して採血することができないなど特殊な事情がある方には、唾液から DNA を採る方法もありますのでお問い合わせください。
- ・ 遺伝子解析結果が出た場合は、報告書をお送りします。結果が出なくてもある程度の解析が終了した段階で中間報告をします。

ご不明な点があれば遠慮なくご連絡ください。

国立循環器病研究センター

研究所副所長・創薬オミックス解析センター長

蒔田直昌

〒564-8565 大阪府吹田市岸部新町 6 番 1 号

TEL 06-6170-1069 (内線 31043)

FAX 06-6170-1602

makitan@ncvc.go.jp