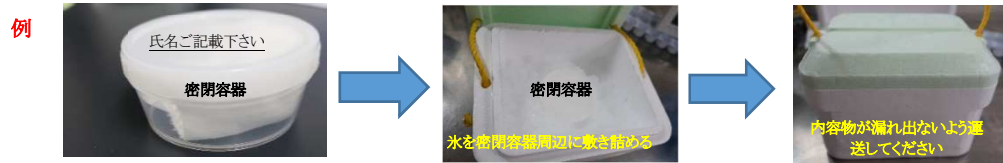


## 腎生検の検体の取り扱い

1. 腎生検の組織は、必ず長さ1cm以上のものを3本以上(Open Biopsyの場合は3個以上)採取して下さい。
2. 採取後、速やかに当院にご持参下さい。あるいは、取り分けて宅配便等でご発送下さい(別紙【宅配便等を利用する際の腎生検の取り扱い】に則った運用をお願いいたします)。  
(常温で置いておく、乾燥させる、生理食塩水に浸漬する等により、検体は大幅に劣化します。蛍光抗体用組織は消毒液や固定液に触れると染色性が低下します。取扱いには充分ご注意下さい。)
3. 持参される際、検体をソリタ T3 等に湿らせたガーゼで包んで密閉容器に入れ、患者氏名を記載の上、氷水を敷き詰めた発泡スチロール容器に入れて、速やかに病理診断科受付までお持ち下さい。



4. 検体と同時に、以下2点を当院ホームページからダウンロードし、必要事項を記入の上、ご提出下さい。(こちらから郵送することも可能です。)

### ● 市立札幌病院 腎生検組織診依頼書

患者診療情報の詳細な記載をお願い致します。検査データ等の情報がなければ、腎組織を十分理解できず、臨床像と乖離した病理報告となる場合があります。標本希望がございましたらご記載ください。

### ● 病理組織検査申込書

会計用伝票ですので、施設名・主治医氏名・主治医所属科名・電話番号を明記してください。

5. 受付時間外(開院日<sup>※</sup>)の9:00~17:00以外)の検体受付、電話対応、および検査は行っておりません。  
到着が時間外にずれ込む場合、宅配便を利用される場合には、確実な検体の受け取り、取り分け、冷凍保存等の作業のために、当科まで電話連絡をお願い致します。<sup>※</sup> 年末年始・祝祭日を除く平日
6. 検体受付より2週間程度で、病理組織診断報告書が発行され、報告書と同時に請求書が発送されます。電顕報告はその後6週間程度を要します。

ご不明な点がございましたら、ご連絡をお願いします。



札幌市病院局 市立札幌病院 : TEL 011-726-2211

- 検体、診断について … 病理診断科 内線 5221
- 会計について … 医事課医事係 内線 2172

# 宅配便等を利用する際の腎生検の取り扱い

1. 取り分け：採取後直ちに、以下3種類に取り分けし、すべての容器に患者氏名をご記載下さい。電顕検体がない場合、腎生検組織診依頼書の□電顕検体なしの項にチェックをお願いいたします。

## 光顕用 (1本以上 / 多いほどよい) 固定液:10%中性緩衝ホルマリン(約 pH7)

■ 当院使用例:10%中性緩衝ホルマリン病理組織固定用(ホルムアルデヒド含有3.5%) 発売元: アジア器材株式会社  
組織が電顕用固定液に触れないようにして下さい。酸性・非緩衝・10%を超えるホルマリンは、遺伝子保存に影響しますので、使用しないで下さい。

## 電顕用 (1本 / 腎皮質 3mm 以上) 固定液:2.5%グルタルアルデヒド溶液

■ 当院使用例:電顕染色前固定用 2.5%グルタルアルデヒド溶液 100ml 発売元: 武藤化学株  
固定液は診断精度に大きく影響します。冷蔵保存で製造年月日(本体記載の Lot が製造日)から1年間使用可能です。固定液や電顕用検体を用意できない場合、当方で光顕用検体から取り分けます。

## 蛍光抗体用 (1本 / 腎皮質 5mm 以上)

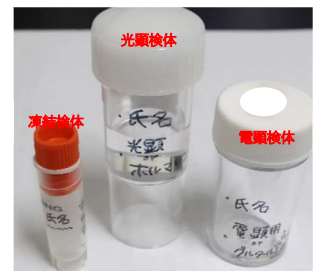
- -196℃(液体窒素)に耐用するチューブ<sup>1)</sup>に**直接検体を入れ**、速やかに液体窒素、又はドライアイスアセトン<sup>2)</sup>で、1分間急速冷却して下さい。
- 発泡スチロール容器に多量のドライアイスを入れ、ドライアイスに接するように検体チューブを入れて下さい。
- コンパウンドへの包埋<sup>3)</sup>、アルミホイルへの梱包<sup>4)</sup>、濾紙への貼付<sup>5)</sup>はしないで下さい。
  - 1) 当院使用例【CORNING クライオジェニックバイアル 内ネジキャップ 自立型 容量2ml】。-196℃に耐用しないチューブは、破損して組織が飛散しますのでご使用をお控え下さい。
  - 2) アセトンにドライアイスを入れ、気泡が発生しなくなった状態で処理して下さい。
  - 3) 界面活性剤を含むコンパウンドを使用すると、スライドガラスに切片を貼る際、組織が拡散し標本作製できません。
  - 4) 輸送時、アルミホイルと共に組織が揺れ、容器内で粉々になります。
  - 5) 濾紙に水分を吸収されて組織が乾燥し、標本作製が困難になります。



\* 光顕用と電顕用固定液はどちらも透明で、見た目では区別出来ません。

容器には氏名の他に、【光顕用 or ホルマリン】、【電顕用 or グルタルアルデヒド】等の記載をお願いします。

例



2. 宅配便:

日時指定:開院日の午前中の到着をご指定下さい。

種類:蛍光抗体用は**冷凍便**が必須です。光顕用と電顕用は、冷凍を避ける目的で**冷蔵便**が望まれます(冬季は冷蔵便でも検体の凍結が頻発しますのでドライバー横をご指定いただけますと幸いです)。

送付先: 〒060-8604 札幌市中央区北11条西13丁目1-1 市立札幌病院 病理診断科

Tel. 011-726-2211(内線 5221)

3. 発送後、当科に電話連絡をお願いいたします。

検体から100%の情報を得るためには、取り扱いが非常に重要です。美しい標本作製し、精度の高い診断を行う上で必要不可欠ですので、大変お手数をお掛けしますが、ご協力を宜しくお願い申し上げます。