

# 高雄榮民總醫院

## PD-L1 免疫組織染色申請同意書

(自費)

患者：\_\_\_\_\_，身分證號碼：\_\_\_\_\_，

病歷號碼：\_\_\_\_\_，民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日生，目

前在高雄榮民總醫院接受診治，負責主治醫師為\_\_\_\_\_。

茲因免疫治療上需要 PD-L1 檢測，病患同意進行檢查。

Lung cancer

Urothelial carcinoma

Head & Neck cancer

Other cancer:\_\_\_\_\_

以上由主治醫師勾選。

台灣小野藥品工業股份有限公司為嘉惠本院病患，為符合檢查需求的病患提供上述自費檢驗費用。委託高雄榮民總醫院檢驗上述檢查，以服務病患，檢驗結果僅供醫師治療參考依據。

此致 高雄榮民總醫院 病理檢驗部

患者本人或代理人 \_\_\_\_\_

負責醫師 \_\_\_\_\_

中華民國 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日