

BRCA1/2 遺伝子検査の実施における遺伝カウンセリング体制連携確認書（例）

転移性または再発乳がん患者に対する、抗悪性腫瘍剤（分子標的薬：PARP 阻害薬）による治療法の選択を目的とした *BRCA1* 遺伝子及び *BRCA2* 遺伝子の生殖細胞系列の変異の評価が BRCA1/2 遺伝子検査として保険適用されております。本診断システムの使用にあたっては、留意事項として、遺伝カウンセリング加算の施設基準に係る届出を行っている保険医療機関、または当該機関と連携体制を有した保険医療機関で実施することが定められております。つきましては、被検者およびその血縁者が、必要に応じて遺伝カウンセリングを受けられるように、(甲) _____ は ●●●●●大学 ●●●と連携して本診断システムを使用する旨につきまして、確認いたしました。

つきましては本確認書を 2 部作成して、(甲) _____ および ●●●●●で、1 部ずつ保管することとします。

- ・化学療法又は乳腺外科の 5 年以上の経験を有する常勤医師名

年 月 日

(甲) ○○○○病院 ○○科 職位○○ 氏名○○ 印

年 月 日

(甲) ○○○○病院 病院長 氏名○○ 印

- ・遺伝カウンセリング実施施設

年 月 日

●●●病院 遺伝子診療部門 ●●● 印

年 月 日

●●●病院 病院長 印