## 申請日期：按一下或點選以輸入日期。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 醫院資訊 | | | | | |
| 醫院名稱： | | | | | |
| **可否進行異體幹細胞移植：**是 否 | | | | | |
|  | | | | | |
| 流式細胞儀設備資訊 | | | | | |
| BD | | Beckman Coulter | | 其他：請寫出廠牌 | |
| FACSCanto II  FACSLyric  FACSFortesa  Others\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Navios  CytoFLEX  Others\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |  | |
|  | | | | | |
| 儀器隸屬科別：  血液腫瘤部/科  血液科  檢驗醫學部/科  病理部/科  研究部  其他單位\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
|  | | | | | |
| 流式細胞儀使用現況資訊 | | | | | |
| 現行使用系統：  自行設計  Hematologics, Seattle (Dr. Loken)  EuroFlow  St. Jude Children's Research Hospital  其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| 報告判讀者：  醫檢師分析後交由醫師判讀  醫檢師分析及判讀，後由醫師覆核  醫師分析及判讀  其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| 每年分析成人(年紀大於等於18歲)B-ALL含新診斷及MRD個案量：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |
| 請簡述醫院現行流式細胞儀在B-ALL MRD檢測遇到的問題或困難 | | | | | |
|  | | | | | |
| 預定參與計畫人員資訊 | | | | | |
| 人員一 | | | | | |
| 姓名 |  | | 職稱 | |  |
| 所屬單位 |  | | 專科或次專科執照號碼 | |  |
| 人員二 | | | | | |
| 姓名 |  | | 職稱 | |  |
| 所屬單位 |  | | 專科或次專科執照號碼 | |  |
| 人員三 | | | | | |
| 姓名 |  | | 職稱 | |  |
| 所屬單位 |  | | 專科或次專科執照號碼 | |  |
| 人員四 | | | | | |
| 姓名 |  | | 職稱 | |  |
| 所屬單位 |  | | 專科或次專科執照號碼 | |  |
|  | | | | | |
| 資料提供 | | | | | |
| 計畫執行期間之檢測結果需回報給學會及提供經驗分享。 | | | | | |
|  | | | | | |
| 未來規劃 | | | | | |
| 計畫結束後，貴醫院是否有意願延續標準化的流式細胞儀檢測?  有  無 | | | | | |
|  | | | | | |
| 申請人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 申請人所屬科別：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 主管簽章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | |