##  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：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |