

台北醫學大學附屬醫院病理科病理困難病例與報告疑義處理單

日期： 年 月 日

序號 —

|                                                                                                                                                      |       |       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|
| <input type="checkbox"/> 1. 困難病例 <input type="checkbox"/> 2. 報告疑義    提案醫師：                                                                           |       |       |
| <input type="checkbox"/> 1. 癌症病例 <input type="checkbox"/> 2. 非癌症病例                                                                                   |       |       |
| 病理號碼：                                                                                                                                                | 病人姓名： | 病歷號碼： |
| 病理診斷/病理醫師：                                                                                                                                           |       |       |
| 問題：                                                                                                                                                  |       |       |
| <input type="checkbox"/> 1. 診斷(Diagnosis) <input type="checkbox"/> 2. 癌症期別 (Staging) <input type="checkbox"/> 3. Surgical margin                     |       |       |
| <input type="checkbox"/> 4. 淋巴結(LN) <input type="checkbox"/> 5. 神經侵襲(PNI) <input type="checkbox"/> 6. 血管侵襲(LVI) <input type="checkbox"/> 7. 其他 (請說明) |       |       |
|                                                                                                                                                      |       |       |
| 處理情形：                                                                                                                                                |       |       |
| <input type="checkbox"/> 1. 同儕病理醫師複閱 (勾選 1，請完成下表)。                                                                                                   |       |       |
| <input type="checkbox"/> 2. 送院外醫師複閱 (勾選 2，請完成下表)。                                                                                                    |       |       |
| 諮詢醫師                                                                                                                                                 | 診斷與意見 |       |
|                                                                                                                                                      |       |       |
|                                                                                                                                                      |       |       |
|                                                                                                                                                      |       |       |
|                                                                                                                                                      |       |       |
|                                                                                                                                                      |       |       |
| <input type="checkbox"/> 3. 同儕或院外病理醫師複閱，更正報告 (勾選 3，請完成上表與下表；完成異常事件通報，必要時送交解剖病理品質提升小組或病理組織審議委員會討論。)                                                   |       |       |
| 更正內容：                                                                                                                                                |       |       |
|                                                                                                                                                      |       |       |
| <input type="checkbox"/> 4. 維持原診斷，附加報告 (請說明)                                                                                                         |       |       |
| <input type="checkbox"/> 5. 經過與臨床醫師溝通，臨床醫師已充分了解，疑義消失(請說明)                                                                                            |       |       |
| <input type="checkbox"/> 6. 其他                                                                                                                       |       |       |
|                                                                                                                                                      |       |       |
| 解剖病理品質提升小組或病理組織審議委員會討論： <input type="checkbox"/> 1. 是 <input type="checkbox"/> 2. 否                                                                  |       |       |

主任簽章

日期： 年 月 日