**各项检查费用明细（仅供参考）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 检查项目 | 检查及报告要求 | 单位 | 检查次数 | 小计（元） |
| FISH 检查 | FISH报告应包括HER 2 扩增比率 | 每次 |  |  |
| IHC 检查 | - | 每次 |  |  |
| CISH 检查 | - | 每次 |  |  |
| 妊娠试验（血） | - | 每次 |  |  |
| 妊娠试验（尿） | - | 每次 |  |  |
| 全血细胞计数分类（五分类） | 检查报告应包括中性粒细胞绝对值 | 每次 |  |  |
| 空腹血生化 | 钠，钾，钙，氯化物，重碳酸盐或二氧化碳，白蛋白，BUN或尿素，葡萄糖，总蛋白，肌酐，AST，ALT，碱性磷酸酶，总胆红素，镁，磷 | 每次 |  |  |
| 凝血实验 | 凝血酶原时间，国际标准化比值，部分凝血活酶时间 | 每次 |  |  |
| 大便培养 | - | 每次 |  |  |
| 心电图 | - | 每次 |  |  |
| 超声心动 | LVEF-ECHO | 每次 |  |  |
| 胸部CT/MRI | * 扫描层厚：根据方案要求。
* 扫描范围：肺尖（胸骨颈静脉切迹）-- 肾上腺（肋膈角），包括全肺
 | CT平扫每次 |  |  |
| CT增强每次（含造影剂） |  |  |
| MRI每次（含造影剂） |  |  |
| 腹部CT/MRI | * 扫描层厚：根据方案要求。
* CT扫描范围：膈（胸骨剑突）-- 髂嵴，包括全肝；
* MRI扫描范围: 穿过肝到骼嵴
 | CT平扫每次 |  |  |
| CT增强每次（含造影剂） |  |  |
| MRI每次（含造影剂） |  |  |
| 头部CT/MRI | * -- 扫描层厚：根据方案要求。
* -- 扫描范围：枕骨大孔直达颅骨顶
 | CT平扫每次 |  |  |
| CT增强每次（含造影剂） |  |  |
| MRI每次（含造影剂） |  |  |
| 其他部位CT/MRI | * 扫描层厚：根据方案要求。
 | CT平扫每次 |  |  |
| CT增强每次（含造影剂） |  |  |
| MRI每次（含造影剂） |  |  |
| 骨扫描 | 按方案要求将数据送至中心实验室 | 每次 |  |  |
| X 线检查 |  | 每次 |  |  |
| HIV | - | 每次 |  |  |
| HCV | - | 每次 |  |  |
| HBV | - | 每次 |  |  |

**相关科室确认签字：**

1. 科，签名 日期
2. 科，签名 日期
3. 科，签名 日期

审核人签名： 日期：

主要研究者签名： 日期：