

Test de Recidiva de Cáncer de Mama



Laboratorio: Myriad GmbH
Bunsenstrasse 7
82152 Planegg - Alemania
customersupport@myriadgenetics.eu

Myriad Genetics GmbH
Leutschenbachstrasse 95
8050 Zurich - Suiza
www.myriadgenetics.eu

PEGAR AQUÍ UNA ETIQUETA CON EL CÓDIGO DE BARRAS DEL KIT DE RECOGIDA DE MUESTRAS

FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRUEBA

- ✓ Para evitar retrasos, por favor complete el formulario en su totalidad
- ✓ Rellene toda la información en MAYÚSCULAS

PACIENTE

Fecha de nacimiento (DD-MMM-AAAA):	3 0 F E B 1 9 0 0
Sexo: FEMENINO	N° de Historia Clínica:
Apellidos:	
Nombre:	

MÉDICO ORDENANTE

Apellidos:	Tratamiento:
Nombre:	Código del ordenante:
Institución:	
Dirección:	
Ciudad, Código Postal:	Teléfono Oficina:
País:	Fax:
Correo Electrónico:	

INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN

Código de facturación entidad pagadora:	_____
o	
Código de investigación o ensayo clínico:	_____
o	
Código de cupón (en caso de test sin cargo o prepagado):	_____

FIRMA AUTORIZADA (Médico/Proveedor de servicios médicos)

Por la presente autorizo la prueba y confirmo que se ha obtenido el consentimiento informado del paciente para enviar una muestra de tejido a Myriad para su análisis. Confirmando la prescripción de este test y que los resultados serán utilizados para determinar las actuaciones médicas y el tratamiento del paciente. Así mismo, doy fe de que la persona que figura más arriba como Médico ordenante está legalmente facultado para efectuar la presente solicitud de prueba.

_____	3 0 F E B 1 9 0 0
Firma del médico/proveedor de servicios médicos	Fecha (DD-MMM-AAAA)

SOLO PARA USO INTERNO: Enviar resultados a Myriad GmbH, # 116309

ENVIAR RESULTADOS A (opcional-este médico debe figurar en la lista para recibir actualizaciones y copia de los resultados del paciente)

Apellidos:	Nombre:	Institución:
Dirección:	Ciudad, Código Postal:	País:
Correo Electrónico:		

Envíe esta solicitud de prueba al laboratorio en el que se encuentre la muestra tumoral.

INFORMACIÓN CLÍNICA/PATOLÓGICA PARA DETERMINAR LA PUNTUACIÓN EPCLIN Por favor, indique los parámetros siguientes:

Basándose en la validación clínica de EndoPredict, las muestras válidas para la realización de la prueba son: carcinomas de mama primario infiltrante, en paciente mujer, HER2 negativo y receptores estrogénicos positivos que no han recibido terapia endocrina sistémica y/o quimioterapia.

Cáncer de mama: Edad al diagnóstico: _____
Fecha biopsia/operación (DD-MMM-AAAA): 3 0 F E B 1 9 0 0
Tamaño del tumor: <input type="checkbox"/> pT1a <input type="checkbox"/> pT1b <input type="checkbox"/> pT1c <input type="checkbox"/> pT2 <input type="checkbox"/> pT3 (solo área con cáncer invasivo)
ER: <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo
Estado HER2: <input type="checkbox"/> negativo <input type="checkbox"/> positivo
Estatus Ganglionar (número de ganglios linfáticos positivos según evaluación patológica): <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> Micrometástasis <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-10 <input type="checkbox"/> >10

INFORMACIÓN SOBRE LA MUESTRA: DEBE SER COMPLETADA POR EL PATÓLOGO O POR EL MÉDICO RESPONSABLE DE LA MUESTRA (Consultar instrucciones completas en la hoja de Instrucciones de uso). Bloque de parafina con al menos 30% de tejido tumoral: Para solicitar un kit de recogida de muestras, contacte con info@myriadgenetics.es

Tipo de muestra: <input type="checkbox"/> Portaobjetos <input type="checkbox"/> Bloques	Tipo de tejido/tumor: <input type="checkbox"/> Posquirúrgico <input type="checkbox"/> Biopsia	Fijador de la muestra: <input type="checkbox"/> Formol tamponado neutro al 10%	Otro: _____
<input type="checkbox"/> Bloque tumoral	Número de bloques _____	ID* _____	<input type="checkbox"/> Tinción hematoxilina-eosina (espesor 2-5 micras)
<input type="checkbox"/> Portaobjetos (espesor 10 micras)	Número de portaobjetos _____ (mínimo 5 portaobjetos)	ID* _____	<input type="checkbox"/> Tinción hematoxilina-eosina (espesor 2-5 micras)

NOTA: DEBE ENVIARSE COPIA DEL INFORME DE ANATOMÍA PATOLÓGICA JUNTO CON LA MUESTRA

* Código de identificación de la muestra exactamente igual al que figure en los bloques o portaobjetos de tejido enviados a Myriad.

FIRMA AUTORIZADA (Patólogo / Médico responsable de la muestra)

Por la presente, declaro que la información clínica que figura en este Formulario de solicitud de prueba es correcta y que el tejido corresponde al paciente que se indica.

Nombre del patólogo (en MAYÚSCULAS)

Firma del patólogo
3 0 F E B 1 9 0 0
Fecha (DD-MMM-AAAA)

INTERNAL USE ONLY: Bill Institution BIE _____

DEVOLUCION DE MUESTRA

Solicito que las muestras sobrantes (solo bloques) se devuelvan a mi laboratorio de patología.*

Apellidos y nombre: _____
Dirección: _____
Correo Electrónico / Teléfono: _____

* Si no se proporciona una dirección, cualquier tejido sobrante después de realizar el test será destruido y no podrá ser devuelto.

Para más información sobre la política de privacidad de Myriad, visite nuestra página web: <http://www.myriadgenetics.eu>.