

❗ SI EL PACIENTE HA RECIBIDO RADIACIÓN EN LA ZONA PÉLVICA Y/O TERAPIA DE DEPRIVACIÓN ANDROGÉNICA ANTES DE LA BIOPSIA O PROSTATECTOMÍA, LA PRUEBA PROLARIS NO DEBERÍA SER SOLICITADA.

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

Formulario de Solicitud de Prueba

PACIENTE

Fecha de nacimiento (DD-MM-AAAA): _____ Sexo: _____

N° de Historia Clínica: _____ Identificación de la muestra: _____

MÉDICO ORDENANTE

Apellidos y Nombre: _____

Tratamiento: _____ Institución: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ País: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

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 Citogen para su análisis. Confirmo la prescripción de este test y que los resultados serán utilizados para determinar las actuaciones médicas y el tratamiento del paciente. Por la presente declaro que la información clínica descrita en este Formulario de solicitud de prueba es correcta y pertenece al paciente mencionado anteriormente. Así mismo, doy fe de que la persona que figura más arriba como Médico ordenante está legalmente facultada para efectuar la presente solicitud de prueba.

Firma del médico/proveedor de servicios médicos _____ Fecha (DD-MM-AAAA) _____

ENVIAR RESULTADOS A Médico ordenante (no es necesario rellenar de nuevo los datos siguientes)

Apellidos y Nombre: _____

Institución: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

DEVOLUCIÓN DE PORTAOBJETOS DE H&E

Solicito la devolución de portaobjetos de H&E Solicito que los portaobjetos de H&E se destruyan *

* Si no se proporciona una dirección, los portaobjetos de H&E serán destruidos 24 horas después de realizar el test y no podrán ser devueltos.

Apellidos y Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

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

PRUEBA SOLICITADA

BIOPSIA / Cáncer de Próstata. (Paciente sólo con biopsia, sin tratamiento hasta la fecha)
Tejido necesario para la prueba: Biopsia

Edad al diagnóstico: _____ Nivel PSA pre-biopsia: _____ Fecha biopsia (DD-MM-AAAA): _____

Puntuación de Gleason: Grado primario + Grado secundario = Puntuación de Gleason

1 + 1
 2 + 2
 3 + 3 = _____
 4 + 4
 5 + 5

Estadio: T1a T1b T1c T2a T2b T2c T3a T3b T4

Cilindros de biopsia. Nº total de cilindros extraídos: _____ Nº total de cilindros positivos: _____

DATOS NECESARIOS PARA el Score COMBINADO PROLARIS

PROSTATECTOMÍA / Cáncer de Próstata. (Ya se ha practicado una prostatectomía al paciente)
Tejido necesario para la prueba: Tejido de la prostatectomía

Edad al diagnóstico: _____ Nivel PSA pre-quirúrgico: _____ Fecha cirugía (DD-MM-AAAA): _____

Puntuación de Gleason: Grado primario + Grado secundario = Puntuación de Gleason

1 + 1
 2 + 2
 3 + 3 = _____
 4 + 4
 5 + 5

Márgenes positivos: Sí No Extensión extracapsular: Sí No

Invasión de vesículas seminales: Sí No Nódulos linfáticos positivos: Sí No No evaluado

DATOS NECESARIOS PARA el Score COMBINADO PROLARIS

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).

Para solicitar un kit de recogida de muestras, contacte con logistica@dlongwood.com

Tipo de muestra: Portaobjetos Tipo de tejido/tumor: Post prostatectomía Biopsia

Fijador de la muestra: Formol tamponado neutro al 10% Otro: _____

Portaobjetos (espesor 4-5 micras) Número de Portaobjetos (mínimo 5 portaobjetos) _____

Tinción hematoxilina-eosina (espesor 2-5 micras) ID: * _____

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

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 _____ Fecha (DD-MM-AAAA) _____

Prolaris y el logotipo de Prolaris, son marcas comerciales o marcas registradas de Myriad Genetics, Inc. en Estados Unidos y en otros países. ©2020 Myriad Genetics GmbH. Sólo aplica a muestras recolectadas fuera de USA.

PROTECCIÓN DE DATOS: Los datos que nos proporciona se incorporarán a tratamientos cuyo responsable es CITOGEN S.L.U. con CIF B50600188, domicilio social en Camino del Pilón, nº 86, casa 5-7, local, 50011 de Zaragoza. Delegado de Protección de Datos: EXPLOTACIÓN DE SOFTWARE INTEGRAL S.L. puede contactar a través del correo electrónico dpo@cagt.es. La finalidad del tratamiento es la gestión de las pruebas solicitadas. Sus datos se conservarán mientras se mantenga la relación comercial o durante el tiempo legalmente necesario. La base jurídica para este tratamiento es la relación contractual. Los datos no serán cedidos a terceros, salvo obligación legal. Puede solicitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación, portabilidad y oposición, así como retirar el consentimiento enviando un e-mail a cagt@cagt.es o en la dirección postal indicada anteriormente, adjuntando fotocopia del DNI e indicando el derecho solicitado. También podrá presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.