

! 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 en el informe de patología: _____

EN EL CASO DE ENVIAR MÁS DE UNA MUESTRA DEL MISMO PACIENTE, INDICAR LA PRIORIDAD DE ANÁLISIS.

MÉDICO ORDENANTE

Apellidos: _____

Nombre: _____

Institución: _____

Teléfono Oficina: _____

Correo Electrónico: _____

DEVOLUCIÓN DE MUESTRA

Solicito que el bloque restante se devuelva. Solicito que el bloque restante se destruya.*

* 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. N° total de cilindros extraídos: _____ N° total de cilindros positivos: _____
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).

Identificación del bloque de parafina: * _____

* Código de identificación de la muestra exactamente igual al que figure en los bloques.

La identificación proporcionada debe coincidir exactamente con la muestra presentada y el informe de patología o las pruebas se retrasarán. Es importante tener en cuenta que no completar la información solicitada correctamente puede generar retrasos en la entrega de resultados.

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 Pílon, 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@cagtes.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 cagtes@cagtes.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.