ESTA PRUEBA ES INAPROPIADA PARA TEJIDOS PREVIAMENTE TRATADOS CON TERAPIA SISTÉMICA (QUIMIOTERAPIA O TERAPIA ENDOCRINA) O RADIOTERAPIA.*

* Consulte la sección Prueba solicitada para obtener más detalles sobre la elegibilidad del paciente.

- **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.

PRUEBA SOLICITADA

EndoPredict: una prueba de segunda generacion que determina el riesgo de recurrencia del cancer de mama, que integra la biologia y patologia del tumor para predecir de forma precisisa e individualizada el riesgo precoz (0-10 años) y tardío (5-15 años) de recurrencia a distancia tras 5 años de terapia endocrina, y además predice el beneficio absoluto de quimioterapia. EndoPredict esta indicado para mujeres con cancer de mama invasivo RE+ / HER2-, hasta 3 ganglios linfaticos positivos y tamano tumoral hasta pT3 que NO hayan sido tratadas con terapia neoadyuvante sistemica y que no tengan un diagnostico actual o previo de otro cancer. Esta prueba no es apropiada para pacientes que ya han experimentado una recurrencia a distancia.

MÉDICO ORDENANTE

Apellidos: _____

Nombre: _____

Institución: _____

Teléfono Oficina: _____

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 la realización de su análisis genético. Confirmo la prescripción de este test y que los resultados serán utilizados para para determinar las las actuaciones médicas y el tratamiento del del paciente. paciente. Por la presente declaro que la información clínica descrita en este Formu-lario 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 facultado para efectuar la presente solicitud de prueba.

Firma del médico/proveedor de servicios médicos

Fecha (DD-MM-AAAA) _____

INFORMACIÓN CLÍNICA/PATOLÓGICA PARA DETERMINAR LA PUNTUACIÓN EPCLIN

Por favor, indique los siguientes parámetros:

Basandose en la validación clinica de EndoPredict, la muestra válida para la realización de la prueba es: carcinoma 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 infiltrante ☐ La muestra remitida presenta también carcinoma in situ.

Fecha biopsia/operación (DD-MM-AAAA): _____

Tamaño del tumor: ☐ pT1a (> 0.1 cm pero ≤ 0.5 cm) ☐ pT1b (> 0.5 cm pero ≤ 1 cm) ☐ pT1c (> 1 cm pero ≤ 2 cm) ☐ pT2 (> 2 cm pero ≤ 5 cm) ☐ pT3 (> 5 cm) ☐ pTx

Estatus Ganglionar: ☐ Todos los ganglios negativos ☐ Entre 1 y 3 ganglios positivos (incl. pN1mic) ☐ Sin información ☐ Entre 4 y 10 ganglios positivos ☐ Más de 10 ganglios positivos

ER: ☐ Negativo ☐ Positivo Estado HER2: ☐ Negativo ☐ Positivo

☐ El paciente ha recibido quimioterapia **antes de esta biopsia**

☐ El tejido remitido en el bloque de parafina contiene al menos un 30% de carcinoma invasivo o infiltrante. Indique el %:___

☐ Se incluye tinción de Hematoxilina&Eosina (cristal o imagen) donde se señale la parte correspondiente al carcinoma infiltrante.

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@citogen.es

El tejido remitido en el bloque de parafina debe contener al menos un 30% de carcinoma invasivo o infiltrante:

Tipo de tejido/tumor: ☐ Posquirúrgico ☐ Biopsia

Fijador de la muestra: ☐ Formol tamponado neutro al 10% ☐ Formaldehído al 4%

Identificación del bloque de parafina: * _____

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

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.

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

DEVOLUCIÓN DE MUESTRA

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

☐ Autorizo a Citogen a almacenar el excedente de ARN para fines internos.

Apellidos y Nombre: _____

Dirección: _____

Departamento/Unidad: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

* Si no se proporciona una dirección, cualquier tejido sobrante será destruido 24 horas después de realizar el test y no podrá ser devuelto.

EndoPredict y el logotipo de EndoPredict, 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 juridica 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.