

! 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 generación que determina el riesgo de recurrencia del cáncer de mama, que integra la biología y patología del tumor para predecir de forma precisa 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 está indicado para mujeres con cáncer de mama invasivo RE+ / HER2-, hasta 3 ganglios linfáticos positivos y tamaño tumoral hasta pT3 que NO hayan sido tratadas con terapia neoadyuvante sistémica y que no tengan un diagnóstico actual o previo de otro cáncer. Esta prueba no es apropiada para pacientes que ya han experimentado una recurrencia a distancia.

MÉDICO ORDENANTE

Apellidos: _____

Nombre: _____

Institución: _____

Teléfono Oficina: _____

Correo Electrónico: _____

Confirme que éste es el correo que desea utilizar para la descarga del informe.

En caso contrario, indique cuál: _____

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. Confirmando 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 facultado para efectuar la presente solicitud de prueba.

Firma del médico/proveedor de servicios médicos

Fecha (DD-MM-AAAA) _____
