

! 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

|                            |   |                            |         |
|----------------------------|---|----------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> 1 | + | <input type="checkbox"/> 1 |         |
| <input type="checkbox"/> 2 | + | <input type="checkbox"/> 2 |         |
| <input type="checkbox"/> 3 | + | <input type="checkbox"/> 3 | = _____ |
| <input type="checkbox"/> 4 | + | <input type="checkbox"/> 4 |         |
| <input type="checkbox"/> 5 | + | <input type="checkbox"/> 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

☐ El tejido remitido en el bloque de parafina contiene al menos un 60% de carcinoma.  
Indique el %: \_\_\_\_\_

## 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 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@citogen.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 cagti@citogen.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.