

! 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: _____

Nº 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: prueba de segunda generación que determina el riesgo de recurrencia de cáncer de mama ER+, HER2- en estadios tempranos, integrando la biología 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 la quimioterapia. Endopredict está validado para mujeres con cáncer de mama infiltrante ER+/HER2-, con ganglios positivos o negativos 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: _____

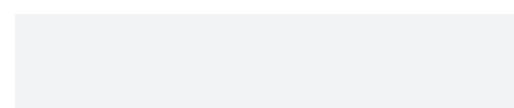
Confirme que éste es el correo que desea utilizar para la descarga del informe.

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. 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 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:

Cáncer de mama infiltrante

La muestra remitida presenta también carcinoma in situ.

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

Las muestras tumorales FFPE pueden almacenarse para su uso con la prueba EndoPredict® hasta 5 años.

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)

Entre 4 y 10 ganglios positivos

Más de 10 ganglios positivos

Sin información

ER: Negativo

Positivo

Estado HER2: Negativo

Positivo

El paciente ha recibido quimioterapia para este diagnóstico

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

Fijador de la muestra: Formol tamponado neutro al 10%

Biopsia

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 JUNTO CON LA MUESTRA COPIA DEL INFORME DE ANATOMÍA PATOLÓGICA 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 CITOGÉN SLU 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 dpo@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.