

SOLICITUD DE PETICIÓN DE ANÁLISIS GENÓMICO TUMORAL CANCER MOLECULAR ANALYSIS REQUISITION

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> OncoDEEP (NGS 75 genes) | <input type="checkbox"/> OncoSTRAT&GO (NGS 209 genes + biopsia líquida basal) |
| <input type="checkbox"/> Prosigna™ (PAM50) | <input type="checkbox"/> GUARDANT360™ (NGS 73 genes en biopsia líquida) |
| <input type="checkbox"/> OncoTRACE (monitorización en biopsia líquida) | <input type="checkbox"/> BioSeq Hereditario (NGS 94 genes en línea germinal) |
| <input type="checkbox"/> Otra prueba genética: _____
(Other genetic test) | <input type="checkbox"/> OncoSELECT (biopsia líquida cáncer-específica) |

INFORMACIÓN DEL PACIENTE // PATIENT INFORMATION

Nº Historia: _____
(Record Number)

Nombre del paciente: _____
(Patient name)

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
(Date of Birth DD/MM/YYYY)

Sexo: Mujer Hombre NS
(Gender) (Female) (Male) (Unknown)

INFORMACIÓN DEL HOSPITAL // REPORTING INFORMATION

Nombre del Oncólogo (Physician): _____

Nombre del Hospital (Institution): _____

Teléfono (Phone): _____

E-mail: _____

Otros profesionales que deseen recibir el Informe (Additional professional report recipients): _____

CONSENTIMIENTO // CONSENT

Certifico que el paciente (o tutor legal) para el que se va a realizar el análisis genético tumoral ha sido informado de sus beneficios, riesgos y limitaciones. He contestado a sus preguntas. He recibido el consentimiento informado del paciente (o su tutor legal) para este análisis.

I certify that the patient specified above and/or their legal guardian has been informed of the benefits, risks, and limitations of the laboratory test(s) requested. I have answered this person's questions. I have obtained informed consent from the patient or their legal guardian for this testing.

Firma del Oncólogo (Physician) _____

DATOS DE FACTURACIÓN // BILLING INFORMATION

Facturar a (Billing to) Hospital/Clínica
(Hospital/Clinic)

Paciente
(Patient)

Nº de teléfono: _____ E-mail: _____
(Phone number)

SOLICITUD DE PETICIÓN DE ANÁLISIS GENÓMICO TUMORAL CANCER MOLECULAR ANALYSIS REQUISITION

INFORMACIÓN DE LA MUESTRA // SAMPLE INFORMATION

Nº Muestra tumoral: _____ **Fecha de Toma de Muestra:** ____ / ____ / ____
(Tumor Number) (Date of Collection DD/MM/YYYY)

Tipo de Muestra: Láminas FFPE* Bloque tumoral FFPE* Tejido fresco
(Sample Type) (FFPE - Slides*) (FFPE - Tumor Block*) (Fresh frozen tissue)
ADN Otro** : _____
(DNA) (Other**)

***Incluir copia del informe de patología quirúrgica** (Surgical Pathology report must be attached)

**Contactar con BioSequence para consultar si se pueden aceptar otros tipos de muestras (Please call BioSequence for consultation before ordering test)

Tipo de Tumor: Melanoma maligno Cáncer de mama Cáncer colorrectal
(Tumor Type) (Malignant Melanoma) (Breast Cancer) (Colorectal Cancer)
Cáncer de Pulmón Ca. Origen desconocido Cáncer cabeza y cuello
(Lung Cancer) (Carcinoma of unknown primary) (Head and Neck Cancer)
Sarcoma Otros _____
(Sarcoma) (Other, please specify)

Fecha de Diagnóstico inicial: ____ / ____ / ____
(Date of Original Diagnosis MM/DD/YYYY)

Localización de las metástasis _____
(Current site of metastases)

Comorbilidades relevantes y medicación concomitante _____
(Relevant comorbidities and concomitant medications)

Tratamientos recibidos por el paciente (patient's treatments):

Periodo (period): _____ Tratamiento (treatment): _____

Periodo (period): _____ Tratamiento (treatment): _____

Periodo (period): _____ Tratamiento (treatment): _____

Periodo (period): _____ **Tratamiento actual** (current treatment): _____

Futuros tratamientos que se barajan para el paciente (future patient's treatments): _____

Resumen de Historia Clínica, historia de tabaquismo, estudios genéticos anteriormente realizados, etc. (summary of the clinical history, previous genetic studies, etc.):

