

Un test tumorale per guidare le decisioni di trattamento con PARP inibitori



Myriad Genetic Laboratories, Inc.
320 Wakara Way
Salt Lake City, Utah 84108
Stati Uniti d'America
customersupport@myriadgenetics.eu

Myriad Genetics GmbH
Leutschenbachstrasse 95
8050 Zurigo - Svizzera
www.myriadgenetics.eu

MYRIAD
myChoice[®] CDx^{PLUS}

APPLICARE QUI UN CODICE A BARRE ADESIVO

MODULO DI RICHIESTA DEL TEST

- ✓ Per evitare ritardi compilare il modulo in ogni sua parte
- ✓ Compilare il modulo in STAMPATELLO

PAZIENTE

Data di nascita (GG-MMM-AAAA):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Genere:	<input type="checkbox"/> Femminile	<input type="checkbox"/> Maschile	Vs. Codice paziente:				
Cognome:	<input type="text"/>						
Nome:	<input type="text"/>						

MEDICO RICHIEDENTE

Cognome:	Qualifica:
Nome:	Codice del Medico:
Istituto:	
Via, N.:	
Città, CAP:	Tel. (diurno):
Paese:	Fax:
E-mail:	

INFORMAZIONI DI FATTURAZIONE

Codice Cliente:	<input type="text"/>
o Ricerca N.:	<input type="text"/>
o Voucher N.:	<input type="text"/>

TEST RICHIESTO

myChoice Europe - Myriad myChoice[®] CDx PLUS è utilizzato per valutare la Carenza di Ricombinazione Omologa (HRD, Homologous Recombination Deficiency) mediante la determinazione del *Genomic Instability Score* (GIS) e dello stato di mutazione tumorale *BRCA1/BRCA2* nel DNA genomico estratto da campioni di tumore. I risultati sono utilizzati come aiuto per determinare l'idoneità delle pazienti con cancro ovarico al trattamento con alcuni inibitori di Poly-ADP Ribose Polymerase (PARP) in conformità con le indicazioni terapeutiche approvate del prodotto. Viene inoltre eseguito il sequenziamento e l'analisi degli ampi riarrangiamenti su tutte le regioni analizzabili dei seguenti geni che sono stati analiticamente validati usando molti tipi di cancro: *ATM, BARD1, BRIP1, CDK12, CHEK1, CHEK2, FANCL, PALB2, PPP2R2A, RAD51B, RAD51C, RAD51D, e RAD54L*.
Per informazioni più dettagliate sul test Myriad myChoice[®] CDx PLUS fare riferimento alle Specifiche Tecniche.

FIRMA DI AUTORIZZAZIONE (Medico/ Operatore Sanitario)

Con la mia firma autorizzo l'esecuzione del test e confermo che la paziente ha prestato il consenso informato all'invio del campione di tessuto al laboratorio Myriad negli Stati Uniti per l'analisi. Confermo che questo test è necessario dal punto di vista medico e che i risultati saranno utilizzati ai fini della gestione clinica e delle decisioni terapeutiche per la paziente. Dichiaro che le informazioni cliniche fornite su questo Modulo di Richiesta del Test sono corrette e si riferiscono alla paziente indicata sopra. Attesto che la persona indicata nel precedente riquadro Medico Richiedente è legalmente autorizzata a prescrivere il test richiesto nella giurisdizione di pertinenza.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma del Medico / Operatore Sanitario richiedente						Data (GG-MMM-AAAA)	

INFORMAZIONI CLINICHE Si prega di fornire le seguenti informazioni:

<input type="checkbox"/> Tumore Ovarico (Ovaio, Tuba di Falloppio, Peritoneo)	Età alla diagnosi: _____	Data della biopsia/operazione (GG-MMM-AAAA):	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Cancro della mammella							

Inviare questo Modulo di Richiesta del Test al laboratorio dove si trova il Campione Tumorale.

INFORMAZIONI RELATIVE AL CAMPIONE: COMPILAZIONE A CURA DEL PATOLOGO

(Per la compilazione consultare le Istruzioni per la Preparazione e la Spedizione)

I campioni devono idealmente contenere **almeno il 20%** di tumore come da esame patologico.

Un contenuto insufficiente di DNA tumorale nel campione di tumore fornito può causare un mancato calcolo dello stato del componente GIS del test.

Per ricevere un kit di raccolta del campione contattare info@myriadgenetics.it

Tipo di Tessuto inviato (e.g. Ovaio): _____	ID* _____
<input type="checkbox"/> Il campione inviato è Tessuto Fissato*	
*Solo tessuti fissati possono essere testati per Myriad myChoice [®] CDx PLUS. E' preferibile inviare sezioni Fissate in Formalina e Incluse in Paraffina (FFPE) se disponibili, tuttavia possono essere testati anche campioni trattati con altri fissativi.	* Numero identificativo del campione come riportato sui blocchi o sui vetrini di tessuto inviati a Myriad. Gli elementi identificativi forniti devono corrispondere esattamente al campione inviato e al referto istologico, altrimenti l'esecuzione del test potrebbe subire ritardi.
NOTA: CON IL CAMPIONE DEVE ESSERE INVIATA UNA COPIA DEL REFERTO ISTOLOGICO	

RESTITUZIONE DEL TESSUTO

Richiedo che il campione di tessuto residuo sia restituito.*
Nome e Cognome: _____ Indirizzo completo: _____
E-mail / telefono: _____ * Se non verrà indicato alcun indirizzo, il tessuto rimanente dopo il test verrà eliminato e non sarà restituibile

INTERNAL USE ONLY: Bill Institution BIE _____

Per informazioni o domande sulla politica di protezione dei dati, si prega di visitare il nostro sito web: <http://www.myriadgenetics.eu>